

	<p>Universidade Federal da Paraíba – UFPB Centro de Ciências Humana, Letras e Artes – CCHLA Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos – NCDH Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas – PPGDH</p>	
---	---	---

**NOVA INDÚSTRIA DA LOUCURA: Análises de Violações de Direitos Humanos a Partir do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**

MARIA VIVIANE OLIVEIRA DA SILVA

JOÃO PESSOA - PB

2023

**NOVA INDÚSTRIA DA LOUCURA: Análises de Violações de Direitos Humanos a Partir do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Maria Viviane Oliveira da Silva

**Linha de pesquisa:** Direitos Humanos e Democracia: Teoria, História e Política

**Orientador:** Prof. Dr. Nelson Gomes de Sant’Ana e Silva Junior

**Coorientador:** Prof. Dra. Ludmila Cerqueira Correia

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S586n Silva, Maria Viviane Oliveira da.

Nova indústria da loucura : análises de violações de direitos humanos a partir do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas / Maria Viviane Oliveira da Silva. - João Pessoa, 2023.

177 f.

Orientação: Nelson Gomes de Sant'Ana e S. Junior.

Coorientação: Ludmila Cerqueira Correia.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Direitos humanos - Drogas. 2. Saúde mental. 3. Comunidades terapêuticas. I. Silva Junior, Nelson Gomes de Sant'Ana e. II. Correia, Ludmila Cerqueira. III. Título.

UFPB/BC

CDU 342.7:343.976(043)

**NOVA INDÚSTRIA DA LOUCURA: Análises de Violações de Direitos Humanos a Partir do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**

Maria Viviane Oliveira da Silva

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Nelson Gomes de Sant'Ana e Silva Júnior  
(UFPB-orientador)

---

Profa. Dra. Ludmila Cerqueira Correia  
(UFPB- co orientadora)

---

Profa. Dra. Monique Guimarães Cittadino  
Avaliadora interna - PPGDH/UFPB

---

Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho  
Avaliador Externo - PPGSS/UFPB

---

Profa. Dra. Rebecka Wanderley Tannuss  
Avaliadora externa – DFE/UFPB



## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fortalece e me sustenta ao longo da vida e nas vivências acadêmicas, sem Ele eu nada sou e por meio dele eu tudo posso.

Minha profunda gratidão às minhas filhas Roberta, Jamilly e Thalita. Vocês são meu combustível para continuar lutando por dias melhores para nós. Nesse percurso foram muitas ausências e abdicação de tempo de qualidade com vocês. Mas temos um propósito maior. Tenho certeza que sem vocês eu não seria a mulher que sou hoje e não teria tanta força e resiliência para enfrentar as adversidades. Nesses 20 anos de maternidade aprendi muito mais do que a universidade poderia me ensinar em toda uma vida de estudos, mas é por meio dos estudos que estamos vencendo muitas limitações. Sou uma pessoa privilegiada por ter três filhas e ainda poder estudar.

A minha família que também é minha rede de apoio, minha mãe, minhas tias e minhas primas. Sou a primeira da família a conquistar a formação superior, o serviço público e agora um mestrado. Isso me alegra e, ao mesmo tempo, me traz um peso de responsabilidade, pois às vezes quando vocês falam que sou forte eu me sinto uma criança que precisa de colo. Mas sei que o que vivo é reflexo do empenho das mulheres fortes que me antecederam.

As minhas amigas Silmara e Paloma, que não me deixaram desistir, ao longo da trajetória não soltaram minha mão, vocês são o cumprimento do que a Bíblia chama de “amigos mais chegados que irmãos”. Minha profunda gratidão a Paloma que, em 2012, me forçou a prestar vestibular (na época PSS). Até aqui não me deixou desistir, gratidão minha amiga, por acreditar em mim, às vezes mais do que eu mesma, por cada “Vik, vamos tomar um café para espairecer, depois você volta a produzir”, em você encontro equilíbrio. Silmara, é a pessoa com quem desabafo as angústias da escrita e com quem compartilho “o ranço” das comunidades terapêuticas. Gratidão, minhas manas.

As minhas amigas “da oração”, Mônica e Cristina, eu sei que também sou fruto da intercessão de vocês, obrigada por me apoiarem e acreditarem em mim.

A minha equipe de trabalho no município de São Miguel de Taipu, especialmente a Cecília por toda compreensão e flexibilidade e a Geane por cada troca de plantão (Gêh, troca comigo) em dias de aula ou de orientação do mestrado.

Gratidão também a equipe da prefeitura do Recife, que mesmo eu sendo “a novata” me apoiaram nessa fase final da escrita. Cecilia Paiva, muito obrigada por cada “vá fazer suas coisas” você não sabe o quanto foi importante. Deyse e Soraya: “pode ficar aí

quietinha usando o computador, depois eu vou cobrar”, gratidão. As Anas (Lígia e Elisabeth), Cacilda, Malu e Jussara, obrigada por todo apoio.

A Nelson e Rebecka, pelas pessoas admiráveis que são, senti tanto medo quando no início do mestrado vi outras orientadas desistindo, algumas vezes também senti vontade de desistir, mas encontrei em vocês suporte. Obrigada por todo conhecimento compartilhado, por cada orientação e por me inserirem no LAPSUS, um laboratório cheio de afeto onde os estudos foram de suma importância nesse processo de formação.

Às queridas amigas que o LAPSUS me deu, Luana, Anne Kelly e Larissa que muitas vezes me auxiliaram, sanaram dúvidas e me ajudaram a produzir. Obrigada, meninas por cada palavra de incentivo!

A minha Coorientadora Ludmila, tenho aprendido muito contigo desde o LouCid, suas contribuições me fazem refletir, obrigada por aceitar me coorientar e por cada partilha de conhecimento.

Ao querido Prof. Rafael que aprendi admirar desde a graduação, pela pessoa e profissional que é, ele segurou minha mão, no final da graduação, em uma das fases mais difíceis da minha vida, mesmo gestante e depois no puerpério continuamos na construção do TCC e deu certo, nós conseguimos!. Foi com Rafael que aprendi sobre o campo da saúde mental e me tornei pesquisadora. Como é emocionante chegar à pós-graduação e tê-lo na banca.

A professora Monique por aceitar participar desta banca e pelas relevantes contribuições.

A todos os colegas, amigos e amigas que contribuíram direta ou indiretamente para conclusão deste ciclo.

A toda equipe docente do PPGDH/UFPB por todo comprometimento com a formação de mestres e mestras.

## RESUMO

A temática das drogas está inserida na sociedade desde os primórdios da humanidade, na evolução da sociedade capitalista surgiram formas de intervenção distintas como o proibicionismo e as propostas relacionadas à saúde. No Brasil, tal temática passou a ser tratada como questão de saúde pública a partir dos anos 2000, mediante a formulação de uma política de saúde mental específica para assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Uma política pautada no cuidado em território, com diretrizes alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica (RP), e adota a Redução de Danos como princípio orientador. No entanto, algumas instituições que ofertam tratamento para este público não se alinham às diretrizes estabelecidas na RP e na Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, as denominadas Comunidades Terapêuticas (CTs). As CTs são instituições privadas ou filantrópicas, que oferecem tratamento baseado no isolamento social dos usuários, no trabalho, na disciplina e na espiritualidade (IPEA, 2017). Apesar de andar na contramão da reforma psiquiátrica (COSTA, P. 2020), estes estabelecimentos foram, paradoxalmente, inseridos nas políticas públicas sobre drogas, sendo beneficiadas com financiamentos públicos. Assim, neste trabalho nosso objetivo foi compreender, a partir do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas (CFP; MNCPT; MPF, 2018), como as CTs se legitimam e se alinham com o que está posto nos marcos teóricos e normativos e quais direitos humanos dos usuários são violados quando são submetidos ao tratamento nessas instituições. O relatório é fruto de uma inspeção nacional realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com outros órgãos públicos do sistema de saúde e de justiça em 28 CTs, de 12 unidades da federação, no ano de 2017. Para subsidiar o estudo foi realizada revisão bibliográfica construída a partir de livros, artigos científicos, teses e dissertações pesquisadas em plataformas *online* como: portal de periódicos CAPES, Redalyc, SCIELO; pesquisa documental dos principais marcos normativos que versam sobre drogas e saúde mental no Brasil e a análise crítica do relatório. A análise do relatório foi dividida em cinco categorias, a saber: 1) caráter asilar *versus* cuidado em território; 2) redução de danos *versus* abstinência *versus* proibicionismo; 3) mortificação do eu e controle dos corpos; 4) acesso a direitos e a rede de atenção psicossocial e 5) trabalho. Mediante a análise, foi possível observar que as CTs são instituições de caráter asilar, pois não priorizam o cuidado em território, assemelhando-se aos manicômios. O tratamento é pautado na abstinência com abordagem proibicionista e desconsideram a redução de danos. Os usuários são privados do exercício de seus direitos e do acesso a RAPS bem como a outras políticas. As CTs se utilizam da religião e da doutrina moral para ajustar os indivíduos à sociedade, causando-lhes um processo permanente de mortificação do eu. O trabalho é utilizado como um mecanismo de punição e também de exploração tanto dos usuários quanto dos voluntários. Concluímos, apontando que as CTs são violadoras de direitos humanos, produtoras de morte subjetiva (e também física), não são estabelecimentos de saúde nem se alinham com os pressupostos da RP. E apesar das denúncias contidas no relatório, o Estado permanece fomentando economicamente esse tipo de instituição, corroborando para a manutenção de uma “nova” indústria da loucura.

**Palavras-chave:** saúde mental; drogas; direitos humanos; manicomialização; comunidades terapêuticas.

## ABSTRACT

The issue of drugs has been part of society since the beginning of humanity; in the evolution of capitalist society, different forms of intervention emerged, such as prohibitionism and proposals related to health. In Brazil, this issue began to be treated as a public health issue from the 2000s onwards, through the formulation of a specific mental health policy to assist people with problems related to the use of alcohol and other drugs. A policy based on care in the territory, with guidelines aligned with the principles of Psychiatric Reform (PR), and it adopts Harm Reduction as a guiding principle. However, some institutions that offer treatment to this population do not align with the guidelines established in the PR and the Comprehensive Care Policy for users of alcohol and other drugs, the so-called Therapeutic Communities (TCs). TCs are private or philanthropic institutions, which offer treatment based on users' social isolation, work, discipline and spirituality (IPEA, 2017). Despite going against the grain of psychiatric reform (COSTA, 2020), these establishments were, paradoxically, included in public policies on drugs, benefiting from public funding. Thus, in this work our aim was to understand, based on the national inspection report on therapeutic communities (FCP, 2018), how TCs are legitimized and aligned with what is set out in theoretical and normative frameworks and which human rights of users are violated when they undergo treatment in these institutions. The report is the result of a national inspection carried out by the Federal Council of Psychology (FCP) in partnership with other public bodies of the health and justice system in 28 CTs, in 12 Brazilian states, in 2017. To support the study, a bibliographic review was carried out based on books, scientific articles, theses and dissertations researched on online platforms such as: CAPES journal portal, Redalyc, SCIELO; documentary research of the main regulatory frameworks that deal with drugs and mental health in Brazil and critical analysis of the report. The analysis of the report was divided into five categories, namely: 1) asylum nature *versus* care in the territory; 2) harm reduction *versus* abstinence *versus* prohibitionism; 3) mortification of the self and control of bodies; 4) access to rights and the psychosocial care network and 5) work. Through the analysis, it was possible to observe that TCs are asylum institutions, as they do not prioritize care in the territory, resembling mental hospitals. Treatment is based on abstinence with a prohibitionist approach and disregards harm reduction. Users are deprived of exercising their rights and accessing RAPS as well as other policies. TCs use religion and moral doctrine to adjust individuals to society, causing them a permanent process of self-mortification. Work is used as a mechanism of punishment and also of exploitation of both users and volunteers. We conclude by pointing out that TCs violate human rights, produce subjective (and also physical) death, they are not health establishments nor do they align with the assumptions of PR. And despite the accusations contained in the report, the State continues to economically promote this type of institution, supporting the maintenance of a “new” industry of madness.

**Keywords:** mental health; drugs; human rights; asylumization; therapeutic communities.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da RAPS	54
Figura 2 – Expansão histórica dos CAPS	56
Figura 3 – CAPSolização	57

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais instrumentos normativos utilizados para análise documental	24
Quadro 2 – Documentos consultados para complementação da análise documental	27
Quadro 3 — Modalidades dos CAPS	51
Quadro 4 — Níveis de Atenção e Serviços Ofertados na RAPS	55
Quadro 5 – Componentes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas	92
Quadro 6 – Citações que ilustram a inconsistência e/ou inexistência do PTS nas CTs	115
Quadro 7 – Relatos do modelo “semiaberto”	118
Quadro 8 – Relatos de restrição de locomoção	119
Quadro 9 – Relatos de violação do sigilo de correspondência	120
Quadro 10 – Relatos de privação ao contato telefônico	121
Quadro 11 – Relatos de práticas de contenção e violência para prevenção de fugas	122
Quadro 12 – Relatos de práticas de revista	125
Quadro 13 – Relatos de punições	128
Quadro 14 – Referências à revista dos usuários contidas no relatório	132
Quadro 15 – “Privilégios” e progressão de carreira”	134
Quadro 16 – Medidas disciplinares praticadas nas CTs	136
Quadro 17 – Metodologias de controle	140
Quadro 18 – Relatos de imposição da religião e violação da liberdade religiosa	141
Quadro 19 – Discurso das CTs sobre orientação sexual	142
Quadro 20 – Ausência de comunicação com a rede	149
Quadro 21 – Alguns relatos do uso de laborterapia e de permanência de ex-internos para manutenção das CTs	154
Quadro 22 – Precarização do trabalho	156

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefícios de Prestação Continuada
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBAS	Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CT	Comunidades Terapêuticas
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM-I	Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
LouCid	Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAPSUS	Laboratório de Pesquisa e Extensão em Subjetividade e Segurança Pública
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura
MS	Ministério da Saúde
MPF	Ministério Público Federal
MA	Movimento Antimanicomial
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial

OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PPGDH	Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos
PL	Projeto de Lei
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	23
<b>3 PERCURSO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ANTIMANICOMIAL NO BRASIL</b>	29
3.1 Revisitando processos histórico-políticos da Reforma Psiquiátrica (1980-1990)	29
3.2 Saúde mental: dos “anos de ouro” aos retrocessos (1990-2022)	41
3.3 Comunidades terapêuticas: tensionamentos entre saúde pública e proibicionismo	61
<b>4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONVERGÊNCIAS ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA</b>	71
4.1 Drogas e sistema de justiça: uma análise dos instrumentos normativos brasileiros	71
4.2 Política nacional sobre drogas e a política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas	86
4.3 Qual lugar das comunidades terapêuticas nas políticas públicas?	100
<b>5 A UTOPIA DO CUIDADO SOB A ÉGIDE DA VIOLÊNCIA: VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS</b>	109
5.1 Caráter asilar X cuidado em território	110
5.2 O emprego da ideologia proibicionista e da abstinência em detrimento da redução de danos	124
5.3 Mortificação do eu e controle dos corpos	131
5.4 Acesso a direitos e a rede de atenção psicossocial	144
5.5 Trabalho	151
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	160
<b>REFERÊNCIAS</b>	165

## 1 INTRODUÇÃO

Analisar a temática das drogas e suas complexidades é um campo heterogêneo, pois esta temática se insere em discussões paradigmáticas e de abordagens distintas. De um lado o campo jurídico com suas concepções proibicionistas e punitivas, do outro, a saúde pública orientada pela redução de danos e emancipação dos sujeitos. E nessa conjuntura, as diferentes formas de propor tratamento para as pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas <sup>1</sup>(SPA), dentre elas, as Comunidades Terapêuticas (CT).

A motivação em compreender o fenômeno das drogas, e as formas de tratamento apresentadas às pessoas com problemas decorrentes do uso de Substâncias psicoativas se deu durante a graduação em Serviço Social, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A partir da aproximação das temáticas da saúde mental e direitos humanos, pois, ao longo do curso, minhas experiências acadêmicas mais relevantes estiveram em torno dessas temáticas. Inicialmente, as disciplinas que despertaram meu interesse foram a disciplina de Direitos Humanos e Cidadania (ministrada pela prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nazaré Zenaide) e a de Saúde Mental (Tópicos Especiais em Política Social-Saúde Mental), oferecida pela UFPB no curso de Serviço Social e ministrada pelo docente Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho.

Posteriormente, especificamente em 2018, no decorrer do cumprimento de estágio supervisionado obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ad III David Capistrano, em João Pessoa, cenário que embasou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DAS DROGAS: do debate conceitual as experiências no campo de estágio” que se tratou de um relato de experiência acerca da importância da formação acadêmica de assistentes sociais em saúde mental e seus reflexos na atuação profissional nos serviços de saúde mental.

A construção do TCC foi de suma importância para aproximação com a temática das drogas como um segmento da política de saúde mental. Assim como a experiência de estágio que me permitiu ouvir diversos relatos de usuários egressos de comunidades terapêuticas que,

---

<sup>1</sup> Na construção do texto optamos pela utilização das terminologias: "substâncias psicoativas", "psicoativos" ou "SPA" em detrimento do termo "drogas", pois concordamos com Brites (2017), que ao discutir a temática, relata que historicamente o termo "drogas" está permeado de acepções morais, políticas e ideológicas, assim, para referir-se a estas, a autora utiliza-se do termo "psicoativos" ou "substâncias psicoativas" conceituando-as como "todos os produtos, naturais ou quimicamente manipulados, que são consumidos com a finalidade de alteração do sistema nervoso central, deprimindo, estimulando ou perturbando suas atividades" (BRITES, 2017, p. 25). Desse modo, em concordância com o conceito proposto pela referida autora aqui utilizaremos predominantemente os termos supramencionados, no entanto, a depender do regulamento jurídico-normativo em análise o termo "drogas" também comparecerá.

por alguns, eram denominadas “base missionária”, por outros, “casa de recuperação”. Apesar das diferentes nomenclaturas, havia um ponto em comum nos relatos: a imposição religiosa, o trabalho forçado e o isolamento social, sendo este o ponto de partida para a inquietação de conhecer mais acerca do universo das CTs.

Ainda no tocante a aproximação com a temática da saúde mental, é importante destacar a participação no Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid). O LouCid se identifica como um grupo interdisciplinar de assessoria jurídica popular universitária. Tem como foco prioritário de atuação a mobilização jurídico-política junto aos coletivos da luta antimanicomial para o devido acesso ao direito e à justiça das pessoas em sofrimento mental, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos direitos humanos. A metodologia adotada pelo LouCid é orientada pelos referenciais da educação popular, da assessoria jurídica popular, da educação em direitos humanos e do Direito Achado na Rua (ALMEIDA, O., 2016; CORREIA, 2018).

As vivências no LouCid, somadas às discussões nas disciplinas supramencionadas e ao estágio no CAPS foram primordiais para fundamentar as bases de interesse acerca da temática; também para compreensão sobre a estruturação do campo da Saúde Mental como um espaço de lutas e conflitos diversos, para concepção do entendimento sobre a organização da rede e sobre as práticas profissionais nesse campo. Ademais, foi possível compreender a relação dos usuários com as substâncias psicoativas e as implicações sociais decorrentes desta relação, tendo em vista que, ao inserir-se no campo de estágio, presenciaram-se diversas demandas de usuários com direitos violados; em condições de vulnerabilidade social; vínculos familiares fragilizados ou rompidos; em situação de rua; desemprego e egressos de comunidades terapêuticas.

Outra experiência muito relevante para aprimoramento das discussões acerca da temática das drogas se deu após o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos (PPGDH), onde através de meu orientador Prof. DR. Nelson Gomes, tive oportunidade de participar do Laboratório de Pesquisa e Extensão em Subjetividade e Segurança Pública (LAPSUS). No LAPSUS são realizadas pesquisas e atividades de extensão sobre política criminal e sistema prisional. Os estudos realizados no laboratório dão muita visibilidade para discussões, à luz da criminologia crítica, sobre a lei de drogas, tráfico de drogas, processos de criminalização, entre outras. O que subsidiou, de forma muito significativa, nossos estudos para a construção desta dissertação.

Para construção da análise, optamos por realizar um estudo bibliográfico e documental, das produções científicas acerca do tema, do arcabouço legal e normativo que

rege as políticas de saúde mental e sobre drogas e do documento fruto de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas mais recente, publicado em 2018. O relatório apresenta um retrato das violações de direitos humanos perpetradas contra usuários de comunidades terapêuticas. Um trabalho realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Ministério Público Federal (MPF), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC).

Partimos do entendimento que a temática das drogas é um fator multidimensional que está presente na sociedade desde seus primórdios, inicialmente, de forma medicinal e religiosa, contudo, diante do processo de industrialização e agravamento das “expressões da questão social<sup>2</sup>”, os indivíduos desenvolvem novos padrões de uso, abusivos e prejudiciais. Diante disso, o Estado passou a analisar o uso de Substâncias Psicoativas como um “problema social” e a intervir construindo políticas e leis de cunho repressivo e proibicionista, tendo como principais formas de enfrentamento: a internação psiquiátrica (atualmente, recorrendo às CTs como um novo modelo de manicômio para higienização da sociedade) (COSTA, P. 2020), ou o encarceramento em massa de usuários e traficantes através de uma política de guerra às drogas (ESTRELA, 2021).

No tocante à saúde mental, as primeiras formas de tratamento para os usuários de SPAs foram as mesmas dadas à loucura, através do internamento em instituições de caráter asilar. O modelo asilar para tratamento de pessoas em sofrimento mental está pautado no isolamento social dos sujeitos como metodologia de tratamento, a fim de ajustá-los moralmente, geralmente, fazendo com que estes sujeitos tenham seus vínculos familiares e comunitários rompidos e/ou fragilizados. Tal modelo foi instituído na França, no século XVIII, por Philippe Pinel, expandiu-se e consolidou-se por diversos países, com a implementação de grandes hospitais psiquiátricos, os quais submetiam as pessoas em sofrimento mental a tratamentos desumanos e violentos. Estes acontecimentos deram origem a diversas denúncias a respeito da violência que os internos sofriam nesses ambientes (CARVALHO; PICORNELL-LUCAS, 2020).

Nesse contexto, emergiram críticas ao saber médico-psiquiátrico e ao modelo de assistência vigente, originando movimentos em prol da reforma psiquiátrica. Dentre os projetos de reforma, destaca-se a proposta de Franco Basaglia iniciada em 1960, na Itália, a qual teve

---

<sup>2</sup> Entende-se por questão social o conjunto de desigualdades frutos da contradição estabelecida pela relação capital e trabalho, ou seja, os efeitos da produção capitalista em relação a classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2001)

como princípio norteador a desinstitucionalização<sup>3</sup> dos sujeitos. Tal proposta serviu de inspiração para o estabelecimento de movimentos pela reforma psiquiátrica em diversos países, inclusive no Brasil (CARVALHO, PICORNELL-LUCAS, 2020).

Para isto, foram adotadas diversas iniciativas, como associações, cooperativas e serviços empenhados em garantir os direitos humanos e a cidadania dos sujeitos a fim de converter o modelo asilar hora estabelecido. Visando a superação daquele modelo, iniciou-se o movimento pela reforma psiquiátrica, que se constituiu como um movimento em prol do fechamento dos manicômios e hospitais psiquiátricos, propondo novas metodologias de assistência aos sujeitos em sofrimento mental de modo que estes tenham seus direitos respeitados e sua cidadania garantida. As experiências propostas por Franco Basaglia, na Itália, com ações de desinstitucionalização dos usuários e tratamento centrado nos sujeitos e não na doença tornaram-se a principal inspiração para reforma psiquiátrica no mundo.

O movimento pela reforma psiquiátrica chegou ao Brasil em meados da década de 1970, paralelo ao movimento de reforma sanitária, ambos enquadrados no contexto de luta contra a ditadura militar. O movimento pela reforma sanitária consistiu em um movimento de ampla mobilização social, o qual lutava por mudanças na área da saúde para que esta fosse garantida universalmente e como direito de todos. Ademais, de acordo com Celuppi *et al.* (2019, p.303) o movimento pela reforma sanitária “extrapola o conceito de uma reforma setorial, trata-se de uma reestruturação do Estado” visto que, esteve inserido no processo de luta pela redemocratização do estado e resultou na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica tem se esforçado para romper com o modelo asilar da psiquiatria tradicional e a exclusão social das pessoas em sofrimento mental. A Reforma Psiquiátrica (RP) luta pela efetivação de uma política de saúde mental que trate o indivíduo em sua totalidade em meio ao território, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários, inclusive, as que têm problemas decorrentes do uso de SPAs. Entretanto, a inserção dessa população no processo de cuidado, como direito à saúde, ocorreu tardiamente. Previamente, com portarias que regulamentaram alguns serviços em saúde mental integrando-os ao SUS. No entanto, apenas a partir dos anos 2000 que se passou a desenhar uma política de saúde mental específica para as pessoas com problemas decorrentes do uso de SPAs a qual tem como princípio norteador a redução de danos (RD).

---

<sup>3</sup> De acordo com Carvalho e Picornell-Lucas (2020, p. 109) "A expressão desinstitucionalização remete à crítica epistemológica ao saber médico-psiquiátrico, constituindo-se principal fundamento do projeto de reforma, bem como a reconfiguração das práticas em saúde mental com o deslocamento da assistência para o território e a comunidade".

A redução de danos é uma estratégia de proteção à saúde que visa controlar e/ou minimizar agravos decorrentes do uso de SPAs sem obrigatoriamente interromper o uso. As estratégias de RD estão pautadas na inclusão social e exercício da cidadania dos usuários de SPAs (BRASIL, 2005b). A Primeira experiência de RD no Brasil ocorreu em Santos-SP, em 1989, em meio a epidemia de HIV/AIDS, através do programa de troca de seringas para usuários de SPAs injetáveis. Ocorreu como um mecanismo de mitigação da contaminação pelo vírus, a partir disso, outras experiências de RD foram desenvolvidas em diversas cidades brasileiras. E, em razão dos resultados positivos, as estratégias de RD foram incorporadas às políticas de saúde mental como princípio norteador, visto que, tal estratégia não determina a abstinência do uso de substâncias psicoativas como único objetivo possível como fazem as CTs.

Outro fator relevante para compreender esta temática, é que no Brasil este debate não comparece apenas no âmbito da saúde. As primeiras abordagens foram desenvolvidas no campo da política de segurança pública e da justiça, com objetivo de controlar o consumo e considerando o uso de substâncias psicoativas como crime, imprimindo aos usuários tratamento moral. Esta postura proibicionista e da criminalização do consumo está alinhada com a política de “guerra às drogas” iniciada nos Estados Unidos, em meados do século XIX, e amparado pelas deliberações firmadas nas conferências e convenções promovidas por organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

A “guerra às drogas” trata-se de um modelo de intervenção que concentra esforços na repressão da produção de drogas na tentativa de reduzir a oferta e a demanda destas substâncias, como também o tráfico e o consumo que geralmente são associados à violência e ao crime (TORCATO, 2016). No entanto, esta guerra é bélica e seletiva, por estar voltada a corpos pobres, negros e subalternizados e é mais letal do que o próprio consumo das substâncias. Somado a isso, as formas violentas de o Estado administrar e dominar a população pobre e minorizada através da produção sistematizada de morte desses sujeitos, o que Mbembe (2016) denominou de necropolítica, ou seja, o poder soberano que o Estado exerce ao “fazer viver e deixar morrer”. Esta forma de gestão da sociedade acrescida da política neoliberal é funcional ao sistema capitalista, visto que o neoliberalismo acarreta fortes impactos nas políticas sociais (ALMEIDA, S., 2021).

O neoliberalismo emergiu com a decadência do Estado de bem-estar social, que, por sua vez, ampliou a desigualdade social. É pautado na redução da atuação do Estado e priorização dos interesses de mercado, isto é, um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, desvalorizando a política através da privatização e mercantilização das políticas

sociais e da vida. A lógica neoliberal também impacta o sistema de justiça, pois amplia o estado penal, o qual produz leis de cunho punitivista (TANNUSS, 2022), como as leis de drogas implementadas no Brasil.

As leis repressivas e proibicionistas também refletem na forma de cuidado para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pois o enfoque está na repressão da oferta e da demanda das drogas e na punição, não nas intervenções relacionadas à saúde. Assim, amplia-se a ação do estado penal com foco na gestão dos indesejáveis à sociedade ou aqueles que não são funcionais ao sistema capitalista. Dessa maneira, as pessoas marginalizadas são vulneráveis à violação de direitos devido ao aumento do investimento do Estado em aparelhos repressivos em detrimento ao investimento em políticas públicas que promovam a cidadania dos sujeitos como educação, saúde, cultura, etc.

Destarte, somente após a promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, essa população passou a ter um pouco mais de visibilidade relacionada à assistência em saúde mental com atendimento multiprofissional através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e posteriormente com a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse cenário, embasado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, almeja-se a efetivação de um novo modelo de cuidado para as pessoas com problemas decorrentes do uso de SPAs, desenvolvido por equipe multiprofissional, respeitando a singularidade e cidadania dos usuários. Um modelo conduzido pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004, a qual tem como principal serviço os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (Caps-AD). Os CAPS ad visam o tratamento ambulatorial no território e cuidado integral dos usuários de SPAs e são orientados pela política de redução de danos.

O argumento da escassez de serviços que atendam as demandas dessa população justifica o crescimento da atuação de CTs, a inclusão dessas instituições nas políticas públicas e o financiamento estatal. Entretanto, entende-se que tal escassez trata-se de uma estratégia do Estado neoliberal de mercantilização da vida, encolhimento das atribuições do Estado e desmonte das políticas públicas, uma vez que, este deveria ampliar e fortalecer a rede a fim de que o cuidado necessário as pessoas usuárias de SPAs seja ofertado no campo da saúde pública.

Um levantamento realizado, em 2017, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), principal financiadora de vagas em comunidades terapêuticas, buscou traçar o perfil dessas instituições. O levantamento foi realizado a partir da avaliação de cerca de duas mil CTs que à época estavam cadastradas nos órgãos públicos, porém, sabe-se que este universo é muito maior visto que

muitas instituições atuam irregularmente ou com outras nomenclaturas tornando-se invisíveis aos órgãos públicos. O referido levantamento subsidiou o conteúdo da nota técnica nº 21 denominada “perfil das comunidades terapêuticas brasileiras” (IPEA, 2017).

No conteúdo da referida Nota Técnica aponta-se que as CTs estão ancoradas em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade, enquadrando os usuários de SPAs em um paradigma moral. Além disso, constatou-se que 74,3% do universo de CTs encontram-se instaladas em áreas rurais, são predominantemente de vertentes religiosas, sendo 40% de orientação evangélica/pentecostal e 27% católicas, mais de 90% utilizam o trabalho como recurso terapêutico (laborterapia) e tem a abstinência do uso de drogas como condição para o tratamento (IPEA, 2017).

Diante desse contexto, observamos que as CTs têm princípios divergentes dos CapsAD, da política de saúde mental, do SUS, dos direitos humanos e sobretudo do conjunto de princípios adotados pela reforma psiquiátrica, principalmente por adotar a lógica da abstinência como condição para o tratamento, reproduzem a lógica manicomial de segregação dos sujeitos como também visam o ajustamento dos indivíduos à sociedade. Nesse sentido, as CTs ferem os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde–SUS, provocando uma erosão das políticas de saúde e proteção social, as quais são positivadas como direito desde a Constituição de 1988.

Nesse sentido, o tema desta proposta de pesquisa deu-se mediante o interesse de conhecer quais violações de direitos humanos são identificadas nessas instituições quando temos uma política de saúde mental alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica (RP), a qual se posiciona contrária a instituições de caráter asilar e adota a política de Redução de Danos como estratégia de cuidado.

Mesmo estando explícito que as comunidades terapêuticas andam na contramão da reforma psiquiátrica. Foi no cenário de inserção das CTs nas políticas públicas e da conjuntura de desmonte e retrocessos na política de saúde mental no país, principalmente nas políticas sobre drogas, que o CFP e os demais órgãos responsáveis pelo relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas observaram a necessidade de aprofundamento do debate acerca das metodologias de cuidado em saúde mental postas aos usuários de substâncias psicoativas. O relatório constitui-se documento primordial para compreensão das violações de direitos humanos dos usuários de SPAs submetidos ao tratamento das CTs, sob o qual debruçamos nossa análise para construção deste trabalho.

Consideramos que a relevância acadêmica do presente trabalho está na atualidade do tema, visto que, nos últimos anos, vivenciamos um processo de investida neoliberal e de

contrarreforma psiquiátrica com a desvalorização e desfinanciamento da saúde mental em detrimento de mecanismos proibicionistas, punitivistas e conservadores. Também é necessário compreender como estes fenômenos inferem em violações de direitos humanos de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Além disso, por tratar-se do primeiro trabalho referente a esta temática apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba (PPGDH/UFPB), contribuiremos para construção do conhecimento sobre violações de direitos humanos de usuários de substâncias psicoativas inseridos em comunidades terapêuticas.

Nesse panorama, optou-se por compreender as violações de direitos humanos perpetradas pelas CTs, à luz das legislações estudadas, a partir da análise do último relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas, realizado em 2017 e publicado em 2018, pelo Conselho Federal de Psicologia e outros órgãos. Procuramos responder aos seguintes problemas de pesquisa: de que forma as comunidades terapêuticas enquanto instituições que se utilizam de internações e potencialmente violadoras de direitos humanos legitimam sua atuação diante dos dispositivos legais e normativos vigentes, os quais estão alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos direitos humanos? Estas instituições cumprem o que está previsto nos principais marcos regulatórios que versam sobre saúde mental e direitos humanos?

Como objetivo geral, buscamos compreender, a partir do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas, como as CTs se legitimam e se alinham com o que está posto nos marcos teóricos e normativos e quais direitos humanos dos usuários são violados quando são submetidos ao tratamento nessas instituições. Para alcançar o objetivo geral partiremos dos seguintes objetivos específicos: Contextualizar as políticas brasileiras sobre drogas e saúde mental voltadas ao público usuário de álcool e outras drogas; Discorrer sobre os marcos legal e normativo relacionados à política/lei de drogas e de saúde mental voltadas ao público usuário de substâncias psicoativas; Identificar à luz da legislação e bibliografia estudada as violações de direitos humanos sofridas pelos usuários das comunidades terapêuticas e compreender se a atuação destas instituições estão alinhadas com a legislação e políticas vigentes.

Para realização do estudo tomamos por referência o exposto no relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas de 2017. Elegeu-se este documento para análise por se tratar da produção documental de inspeção em CTs mais recente no momento da construção da pesquisa, em que estão elencadas violações de direitos humanos sofridas por usuários de substâncias psicoativas sujeitos a internação neste tipo de instituição.

Dessa forma, o presente trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro

capítulo, intitulado “percurso da política de saúde mental antimanicomial no Brasil”, tratamos, a partir de revisão bibliográfica, sobre o percurso histórico da política de saúde mental antimanicomial no Brasil. Apontamos a conjuntura histórica de implementação da Reforma Psiquiátrica e como se deu a construção da política de saúde mental pautada no modelo territorial, como também os desafios postos para que tal política se consolide alinhada a Lei 10.216/2001 que reordena a assistência em saúde mental em âmbito nacional. Abordamos também os retrocessos enfrentados na última década com a ascensão de governos e políticas neoliberais e a inserção de CTs nas políticas públicas sobre drogas.

No segundo capítulo, denominado de “política de saúde mental, álcool e outras drogas: convergências entre saúde e justiça”, embasado principalmente na análise documental de legislações, discorreremos sobre como se deu a construção dos marcos jurídicos e normativos que estruturam a política sobre drogas e a Política de saúde mental relacionadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Discutimos como as CTs comparecem em legislações do sistema de saúde, justiça e na segurança pública com atuações e naturezas aparentemente distintas, quais sejam; CTs de tratamento e de acolhimento, mas que na realidade não passa de novas configurações dos manicômios.

Já para o terceiro capítulo, a partir da apreciação analítica do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas dialogamos com legislações e com o referencial teórico estudado nos capítulos anteriores, analisamos as violações de direitos humanos perpetradas contra os internos nas Cts a partir da elaboração de cinco categorias: 1. Caráter asilar *versus* cuidado em território; 2. Redução de danos *versus* abstinência *versus* proibicionismo; 3. Mortificação do eu e controle dos corpos; 4. Acesso a direitos e a rede de atenção psicossocial 5. Trabalho.

Mediante esta análise, observamos que as CTs são de fato espaços violadores de direitos humanos, não priorizam a saúde dos sujeitos nela inseridos, produzem morte subjetiva, perda de identidade enquanto sujeitos de direitos, exploradoras do trabalho dos usuários, mas que ainda assim, ocupam espaço nas políticas públicas. Desse modo, podemos considerar que as CTs são mecanismos de controle e contenção de indivíduos indesejáveis à sociedade que ameaçam a hegemonia e a ordem do sistema capitalista.

## 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo se refere a uma pesquisa social a qual Gil (2008, p. 26) define como “o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”. Através desse tipo de pesquisa é possível conhecer fenômenos sociais e analisar como se desenvolvem em sociedade. Identifica-se também qual nível de complexidade os permeia, pois a partir da análise da dinâmica de tais fenômenos, desenvolvem-se novas percepções para o mundo social e das expressões da questão social, possibilitando assim, a construção de novas alternativas para intervenção e melhor interpretação da temática estudada.

O trabalho em tela também se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa por tentar compreender o significado e a atuação das CTs em relação às violações de direitos humanos de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas que procuram tratamento em tais instituições e da realidade social em que estão inseridas. Acerca deste modelo de pesquisa Minayo reitera:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002, p. 21-22).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, adotamos como percurso metodológico a revisão bibliográfica narrativa e pesquisa documental. Optou-se pela revisão bibliográfica narrativa por se tratar de uma descrição e discussão mais ampla acerca da temática abordada e pelos textos não terem sido selecionados de forma sistemática. Para elaboração desta etapa selecionamos textos produzidos por autores que investigam a construção da política de saúde mental e política sobre drogas no Brasil sob o prisma da reforma psiquiátrica, dos direitos humanos e da criminologia crítica.

Visando construir referencial teórico e histórico das políticas sobre drogas e de saúde mental, sobretudo as relacionadas ao público usuário de álcool e outras drogas, buscamos conhecer como se deu o movimento pela reforma psiquiátrica na perspectiva dos direitos humanos, assim como discutimos a organização atual da rede de atenção psicossocial e inserção das comunidades terapêuticas nas políticas públicas. A análise foi construída a partir de livros, artigos científicos, teses e dissertações pesquisadas em plataformas *online* como: Portal de Periódicos CAPES, Redalyc, SCIELO, e em alguns casos foi realizada pesquisa complementar no Google acadêmico.

Já para pesquisa documental, foi realizado levantamento dos principais marcos legais

e normativos relacionados às políticas sobre drogas e de saúde mental no Brasil. Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 58) descrevem pesquisa documental como:

Aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno; é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

Consideram-se documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação e que ainda não receberam tratamento científico, entre estes analisaremos: leis, regulamentos, relatórios, políticas etc. Conforme apresentados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Principais instrumentos normativos utilizados para análise documental

<b>PRINCIPAIS INSTRUMENTOS NORMATIVOS UTILIZADOS PARA A ANÁLISE DOCUMENTAL</b>	
<b>LEGISLAÇÃO</b>	<b>DISPOSIÇÃO</b>
Lei nº 5.726/1971	Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências
Lei nº. 6.368/1976	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.
Decreto nº 85.110/1980	Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências.
Portaria nº. 189/1991	Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental ( Hospitais Psiquiátricos ).
Portaria nº. 224/1992	Estabelece normas e diretrizes para atendimento ambulatorial em saúde mental
Lei n. 10.216/2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Portaria n. 336/2002	Estabelecer as diferentes modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial
Portaria SAS nº 189/2002	Inclui atendimento ambulatorial dos pacientes dos Centros de Atenção Psicossocial na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS
Portarias SAS/MS nº 305/2002	Aprova as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas.
Portaria GM/MS nº 816/2002	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
Portaria GM/MS n.º 817/2002	Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS a Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e Drogas.
Portaria nº 2.197/2004	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.
Portaria 1.028/2005	Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.
Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD/2005	Aprova a Política Nacional Sobre Drogas.
Lei n. 11.343/2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
Decreto nº 7.179/2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências

Portaria n. 3.088/2011	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).
Resolução nº 29/2011	Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
Portaria n. 131/2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria n. 3.588/2017	Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
Resolução n. 32/2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
Decreto n. 9.761/2019	Aprova a Política Nacional sobre Drogas.
Lei nº 13.840/2019	Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
Lei Complementar nº 187/2021	Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nºs 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nºs 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências.

Elaboração Autoral.

A seleção dos documentos deu-se por meio de sítios eletrônicos de acesso público e, partindo dessa análise documental, construímos o entendimento sobre os impactos das

legislações antidrogas com relação ao proibicionismo; a criminalização do uso de drogas; a política de “guerra às drogas”; penas impetradas aos usuários como também as alternativas apontadas para prevenção e tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial e abusivo de álcool e outras drogas. Também contextualizamos como se deu a construção das políticas sobre drogas no Brasil, discutindo a relação da questão das drogas na perspectiva da segurança pública e da saúde.

Além dos instrumentos normativos supracitados também foram consultados os seguintes documentos:

Quadro 2 – Documentos consultados para complementação da análise documental

Relatório final do Encontro de Bauru	Realizado em São paulo, no ano de 1987, inaugurando a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil
Declaração de Caracas	Estabelecida em 1990, marca a reforma na assistência em saúde mental nas Américas
Relatório final da I conferência Nacional de Saúde Mental	Realizada no Rio de Janeiro, em 1987, trouxe a proposta da política de saúde mental na Nova República
Relatório final da II conferência Nacional de Saúde Mental	Realizada em Brasília, em 1992, marcada pela ampla participação social e norteada pelos princípios da atenção integral e da cidadania
Relatório final da III conferência Nacional de Saúde Mental	Realizada em Brasília, em 2001, reafirmou as práticas da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e da atenção psicossocial.
Relatório final da IV conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial	Realizada em Brasília, em 2010, foi a primeira conferência de caráter intersetorial, pois ampliou as ações em saúde mental para outras políticas e secretarias.
Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas	Documento publicado em 2018 que apresenta o resultado da inspeção em 28 comunidades terapêuticas nas cinco regiões Brasileiras, apontando que este modelo de instituição viola direitos humanos dos usuários.

Elaboração Autoral.

A pesquisa documental subsidiou a compreensão acerca da evolução e os desafios das leis de drogas e da política de saúde mental no Brasil, possibilitando a construção de uma cronologia da institucionalização de direitos que abrangem o público usuário de álcool e outras drogas. A pesquisa bibliográfica foi complementar, pois, conhecendo quais direitos são positivados para esses usuários e quais obrigações são impostas as CTs na legislação vigente,

encontraremos os subsídios para identificação e análise das violações de direitos humanos presentes no documento a ser estudado. Esta fase do estudo também nos trouxe elementos para compreender a evolução e os desafios das leis de drogas e da política de saúde mental no país.

O objeto central do estudo foi o Relatório da inspeção Nacional em comunidades Terapêuticas (CFP; MNCPT; MPF, 2018) em que relacionamos as considerações nele apresentadas com a legislação estudada e buscamos compreender quais violações de direitos humanos são perpetradas contra os usuários destas instituições. Assim, fez-se necessário entender como as CTs legitimam sua atuação a partir da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Sobre Drogas, uma vez que são caracterizadas como instituições de caráter asilar e violadoras de direitos humanos dos usuários. A análise e discussão se deu à luz da Criminologia Crítica na perspectiva de compreender o fenômeno estudado na estrutura social a qual está inserido, da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, como também do referencial teórico que aborda o tema em estudo.

Foi empregada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin tendo em vista que a autora afirma que pode ser aplicada em todas as formas de comunicação a partir da triangulação entre teoria, dados obtidos e interpretação. Ainda de acordo com Bardin (2011), o termo análise de conteúdo indica:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 2011, p. 47).

Para análise do relatório e identificação das violações de direitos nele apresentadas, inicialmente realizamos uma leitura flutuante do documento no primeiro contato com objeto de estudo, que permitiu uma aproximação com o conteúdo. Após isso, realizamos uma leitura analítica a partir da qual elaboramos as categorias de análise, a saber: 1. Caráter asilar *versus* cuidado em território; 2. Redução de danos *versus* abstinência *versus* proibicionismo; 3. Mortificação do eu e controle dos corpos; 4. Acesso a direitos e a rede psicossocial e 5. Trabalho. Estabelecidas as categorias, recortamos no relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas os relatos que se inserem em cada categoria e estabelecemos o diálogo com os instrumentos normativos e referencial teórico abordados nas etapas anteriores.

### **3 PERCURSO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ANTIMANICOMIAL NO BRASIL**

#### **3.1 Revisitando processos histórico-políticos da Reforma Psiquiátrica (1980-1990)**

Nesse primeiro momento, realizamos uma revisão de literatura a fim de revisitar o percurso histórico-político da Reforma Psiquiátrica (RP) e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) no Brasil. Optou-se por estabelecer como marco temporal a década de 1980, especialmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Tendo em vista que a 8ª é considerada o ponto de partida para o fortalecimento dos movimentos de reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e da consolidação de algumas mudanças no que concerne a atenção e o cuidado em saúde mental.

Contudo, esse movimento em prol de um novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento mental, no Brasil, iniciou-se na década de 1970. Foi inspirado pela psiquiatria democrática italiana, que consistiu no processo de ruptura com os hospitais psiquiátricos, mobilizado por Franco Basaglia e sua equipe naquele país a partir da década de 1960. A reforma psiquiátrica realizada na Itália fundamentou-se na promoção da liberdade para as pessoas com “doença mental” colocando entre parênteses a doença e evidenciando o sujeito em sofrimento mental como alvo da intervenção psiquiátrica. Almejando construir novas alternativas de tratamento no território, garantir o convívio em sociedade, evidenciando o sujeito em sofrimento como sujeito de direitos, contrapondo a institucionalização, visto que a internação em hospitais psiquiátricos inviabiliza o exercício da liberdade dos sujeitos (CORREIA, 2018).

O movimento de RP promovido por Basaglia provocou o rompimento com o paradigma do saber psiquiátrico e redefiniu a atenção em saúde mental na Itália. Também resultou na lei Basaglia (Lei 180), a lei da Reforma Psiquiátrica daquele país, a primeira do mundo, a qual determina a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de base territorial (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Serapioni (2019) realça que tal legislação significou uma revolução social e política, a qual erradicou todo sistema asilar, devolvendo cidadania às pessoas em sofrimento mental.

A experiência Basagliana foi reconhecida internacionalmente e posteriormente tornou-se referência de assistência à saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Franco Basaglia visitou o Brasil por duas vezes, nas ocasiões participou de conferências em que compartilhou suas experiências de desinstitucionalização realizadas na Itália. Na óptica de Basaglia, a desinstitucionalização não se trata apenas da desospitalização. Faz-se necessário a

construção de uma rede de serviços alternativos que assista o usuário no território em que vive, neste processo, como forma de reinserção social, foram criadas cooperativas de trabalho para pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos (LANCETTI; AMARANTE, 2009; SERAPIONI, 2019).

Além da participação nas conferências, Basaglia visitou manicômios e denunciou publicamente por meio de entrevistas à imprensa as violências identificadas nestes. As denúncias e conferências proferidas por Basaglia impulsionam a luta pela transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, inspirou a RP brasileira de modo que impulsionou profissionais, estudantes e movimentos sociais a realizarem ações de luta contra o modelo de assistência em saúde mental vigente (SERAPIONI, 2019).

A literatura aponta que, no Brasil, o movimento da RP emergiu em paralelo ao movimento pela reforma sanitária, que consistiu em um movimento pautado na reformulação e ampliação do acesso à saúde, em meados da década de 1970. No entanto, Amarante e Nunes (2018, p. 2068) afirmam que a Reforma Psiquiátrica, “além do ciclo análogo ou inter-relacionado à reforma sanitária, se constitui em um processo mais amplo e complexo”, pois, diferentemente do movimento de RP, o “movimento da reforma sanitária não conseguiu se articular com as massas populares”.

A Reforma Psiquiátrica ocorreu no Brasil com algumas particularidades, iniciando-se no período de redemocratização do país e de luta contra a ditadura militar, ocasionada por um golpe civil-militar que proporcionou um regime de exceção no país. O período ditatorial foi caracterizado pela desarticulação da participação social e tentava coibir toda movimentação que se identificasse com o ideário liberal. Durante os governos militares, os leitos psiquiátricos tiveram aumento exacerbado e o setor privado era privilegiado, fato que gerou gastos onerosos ao sistema de saúde, sem nenhum tipo de controle (CORREIA, 2006; CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; DELGADO, 2019).

Com o advento da ditadura militar, os trabalhadores formais passaram a contar com atendimento de saúde ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. O atendimento era realizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o qual foi posteriormente substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) estes operavam através de convênios com os setores privados estabelecendo a saúde como mercadoria manipulada pela força do mercado. Com a medicina previdenciária a cidadania passou a ser atrelada à carteira de trabalho, pois só trabalhadores formais conseguiam acessar os serviços, e também deu margem para muitos esquemas de corrupção (BARBOSA-FOHRMANN; MARTINS, 2021).

O período ditatorial também redirecionou a forma de assistência psiquiátrica, ao inserir setores sociais que antes não tinham assistência na cobertura previdenciária. Isso não significa um elemento positivo, pois a causa dessa ampliação foi para dar abertura à contratação de serviços da rede privada por meio de convênios estabelecidos com o INPS e o INAMPS, condicionando a assistência psiquiátrica aos interesses privados do mercado. A previdência financiou a construção de grandes hospitais psiquiátricos a fim de institucionalizar todos os indesejáveis da sociedade. Desse modo, a assistência psiquiátrica tornou-se um mercado rentável que cresceu exacerbadamente, fomentado pela mercantilização da loucura. Tal mercantilização teve como principal beneficiário, à época, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), representante dos setores privados da saúde, enquanto a rede pública era cada vez mais precarizada, tal fenômeno ficou conhecido como “indústria da loucura” (BARBOSA-FOHRMANN; MARTINS, 2021).

O contexto político de conflitos de interesse e opressão da sociedade civil demandou organização da sociedade em movimentos sociais para lutar por melhorias no trato com a saúde e outras necessidades, bem como democratizar a participação política no meio público. A fim de superar o contexto político em vigor, emergiu o movimento pela RP, que hoje destaca-se por ser uma luta coletiva com colaboração de instituições e profissionais de diversas áreas, movimentos sociais e sociedade civil.

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

O movimento de Reforma Psiquiátrica teve como principal reivindicação não apenas a crítica ao modelo hospitalocêntrico, mas pautou-se na defesa do direito das pessoas em sofrimento mental de exercerem a cidadania. Isto significa que a luta antimanicomial não se limitou a reivindicar a extinção de manicômios, compreendendo uma concepção ampliada de saúde e concedendo um “novo lugar social do louco” com uma transformação social que incluísse solidariedade, justiça social e redução das desigualdades (GULJOR; AMARANTE, 2017, p. 636) para que os usuários se tornassem sujeitos de direitos.

Para promover uma reforma no cuidado em saúde mental não bastava a reestruturação e humanização das instituições. Precisava-se promover a emancipação humana dos sujeitos e (re)inserir-los no convívio social, de modo que o “louco” não precisasse do tratamento asilar, mas que o seu convívio em sociedade pudesse ser viabilizado e que ele também pudesse acessar

outras políticas, recorrendo à internação apenas quando ocasionalmente necessária (TENÓRIO, 2002).

Sendo assim, infere-se que a reforma psiquiátrica é um movimento intersetorial e multidisciplinar, visto que não engloba apenas os setores de saúde mental, mas incluem-se relações com educação; saúde; justiça e cultura, de modo que todas as políticas públicas e sociais estejam conectadas, a fim de assegurar direitos às pessoas em sofrimento mental que vivenciam o processo de desinstitucionalização. Logo, propõe-se que os serviços de atenção a estas pessoas estejam articulados em rede e inseridos no território onde vivem, promovendo inclusão social.

Diante da expansão da “indústria da loucura” na década de 1970 e do sucateamento dos hospitais públicos, instaurou-se uma crise no setor da saúde e, conseqüentemente, na saúde mental emergiram críticas ao modelo de assistência vigente, privatista e ineficiente. Ocorreram também denúncias de fraudes no financiamento do sistema de saúde e, diante disso, médicos recém formados que atuavam nos caóticos hospitais psiquiátricos elencaram denúncias ao Ministério da Saúde a respeito das condições desumanas de tratamento que estavam ocorrendo nesses hospitais. O ato resultou na demissão em massa de trabalhadores, residentes e estagiários da saúde mental no Rio de Janeiro, totalizando 260 profissionais, e como resposta os trabalhadores realizaram uma greve, dando abertura a uma conjuntura de crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), a qual ficou conhecida como a crise do DINSAM. (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Inseridos em uma conjuntura de assistência psiquiátrica que envolvia práticas de tortura, fraude e corrupção, somada à rotina intensa de trabalho e baixos salários, os trabalhadores da saúde mental organizaram-se para lutar por melhores condições de trabalho e melhorias no tratamento das pessoas em sofrimento mental. Em 1978, organizou-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e, de acordo com Lüchmann e Rodrigues (2007), as principais reivindicações do movimento pautavam-se na humanização e melhoria dos serviços ofertados à população, críticas ao uso do eletrochoque e redução do número de consultas por expediente.

Comprometido na luta pelos direitos humanos das pessoas que vivenciavam violência psiquiátrica somada à violência do Estado ditatorial, o MTSM se constituiu como um ator social e político fundamental para o processo de RP (AMARANTE, 1995; AMARANTE; NUNES, 2018). O MTSM foi responsável pela articulação e organização política que fundamentou a luta

antimanicomial no Brasil, pois foi o primeiro sujeito coletivo com objetivo de transformar o modelo de assistência psiquiátrica no país.

A partir da organização do MTSM houve a mobilização de amplos setores da sociedade que passaram a ocupar os lugares de debates e participaram de importantes atividades acerca da saúde mental e psiquiatria. Foram estabelecidas relações com militantes e empenharam-se na luta por cuidado humanizado e exercício da liberdade de pessoas em sofrimento mental. O MTSM organizou o I Congresso Nacional de Saúde Mental em 1987, entre outros eventos significativos para a construção da política de saúde mental condizente com os ideários da reforma psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018; CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020).

Na década de 1980, com o fim da ditadura militar e a realização de eleições diretas, mesmo em meio a uma grande recessão econômica, novas configurações políticas surgiram visando levar o país ao exercício da plena democracia. Com isso, surgiram novas iniciativas que proporcionaram mais visibilidade à temática da saúde de modo geral. Em especial o movimento pela reforma sanitária, que procurava ampliar o acesso à saúde para que todos os brasileiros pudessem usufruir desse direito como um direito de cidadania, ou seja, o ideário reformista buscava a democratização da saúde para a sociedade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse cenário, emergiram propostas de ampliação do sistema de saúde e também a convocação para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu entre 17 e 21 de março de 1986 em Brasília, sendo a primeira conferência aberta à sociedade. A “oitava”, como ficou conhecida, obteve ampla participação popular e, na oportunidade, foram traçados os caminhos para uma política de saúde pública com cobertura para todos os cidadãos (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Na ocasião foram discutidos três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (BRASIL, 1986). A conjuntura apontava para a construção de uma constituinte e, assim, inaugurava-se o desenvolvimento de um novo arcabouço político para as demandas relacionadas à saúde na nova constituição.

A “oitava” conferência é considerada o auge da luta reformista por suscitar uma democracia participativa sem precedentes, contando com o envolvimento da sociedade para traçar novas políticas de saúde para o país e contribuindo para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois da conferência, novas concepções emergiram apontando para a responsabilização do Estado, atribuindo-lhe o compromisso com a promoção de bem-estar social e possibilitando um novo olhar com relação à saúde, não apenas como a ausência de doença, mas como sinônimo de qualidade de vida, incluindo fatores condicionantes como:

alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde (AMARANTE, 1995, 2008; BRASIL, 1986).

A partir da “oitava” foi decidido convocar conferências específicas. O ano de 1987 foi palco de eventos significativos que marcaram a trajetória da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Como a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru/SP, dos quais trataremos adiante.

A I CNSM foi realizada com empenho do MTSM em um cenário desfavorável, tendo em vista que o setor de saúde mental do Ministério da Saúde era contrário às propostas reformistas e à participação social na criação de políticas públicas. Contudo, mesmo diante das circunstâncias adversas e sem o apoio da esfera federal, o MTSM convocou conferências estaduais, onde foram eleitos delegados para representação no evento, realizado no Rio de Janeiro, em junho de 1987 (AMARANTE; NUNES, 2018). Esta conferência reuniu diversos setores engajados com o movimento da RP, sendo considerada o marco oficial e democratizante da política do setor da saúde mental que pretendia transpor o modelo manicomial e segregador (PITTA, 2011; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

O evento contou com a discussão de três importantes temas: “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental” (AMARANTE; NUNES, 2018; BRASIL, 1987). No primeiro tema discutiu-se a desigualdade social que é inerente ao modo de produção capitalista como fator preponderante da agudização dos problemas relacionados à saúde mental: a concentração de renda e a exclusão social que refletem na precarização das condições materiais de vida da maioria da população brasileira. Diante desse contexto, no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, afirmou-se que:

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitimem, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção, de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real. (...) Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos “incapacitados” para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista. (BRASIL, 1987, p. 12).

Destarte, defendeu-se a reestruturação da política de saúde, ampliando o próprio conceito de saúde de modo que almejasse melhorias na qualidade de vida da população,

pretendendo superar o contexto de exclusão na perspectiva de que as pessoas com sofrimento mental vivessem em sociedade.

No segundo tema, princípios gerais e básicos foram definidos, ratificando as proposições do movimento pela reforma sanitária, incluindo a particularidade da saúde mental, propondo a reversão do modelo hospitalocêntrico em face de um modelo extra-hospitalar. Por fim, no terceiro tema, discutiu-se a garantia da cidadania para pessoas com “doença mental”, a fim de que estes “participem de todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico” (BRASIL, 1987, p. 21). No que concerne à cidadania das pessoas em sofrimento mental, o texto do relatório final da I CNSM (BRASIL, 1987, p. 21), além de defender que “Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental”, ainda aponta:

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos (BRASIL, 1987, p. 21).

Encerraram-se as temáticas com recomendações para a constituinte que estava em construção, propondo reformular a legislação em áreas como saúde, códigos civil e penal, legislação sanitária e, inclusive, na área trabalhista, pois se considerou a interface do trabalho com a saúde mental; formulou-se também a “proposta de política de saúde mental da nova república” (BRASIL, 1987). O relatório final da I CNSM tornou-se um marco para a história da reforma psiquiátrica, por consistir no primeiro documento que levou à saúde mental na perspectiva de luta entre os interesses de classe, proporcionando também maior visibilidade à temática (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Cabe enunciar que durante a I CNSM ocorreu um encontro do MTSM onde ficou acordada a convocação para realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em dezembro daquele mesmo ano, em Bauru-SP. O II Congresso marcou a renovação teórica e política do movimento antimanicomial, foi a partir desse evento que o MTSM se transformou em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Além de reunir trabalhadores, também reuniu a presença da sociedade civil, usuários e familiares de usuários da saúde mental, sendo considerado um passo significativo para o fortalecimento da luta. O movimento, além de lutar pela efetivação da RP, buscou a viabilização dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (CORREIA, 2006; AMARANTE; NUNES, 2018).

Na ocasião instituiu-se o lema da luta antimanicomial: “por uma sociedade sem manicômios”, ressignificando os debates acerca do tratamento ofertado aos ditos “loucos”, e como desdobramento do encontro construiu-se um documento que ficou conhecido como “Manifesto de Bauru”. O Manifesto de Bauru foi o documento que fundamentou a Luta Antimanicomial e definiu o compromisso com o processo de RP, enfatizando que a extinção dos manicômios significava um projeto de transformação social. Sendo assim, a luta aponta para a desconstrução dos saberes e práticas excludentes, idealizando um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental (GULJOR; AMARANTE, 2017). O documento também marcou o compromisso entre a sociedade e profissionais para transformação das formas de tratamento da loucura, enquanto um movimento social que se pautava na defesa da reforma psiquiátrica de forma democrática (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

O encontro de Bauru tornou-se o berço do MNLA por ser a primeira manifestação pública organizada no Brasil, articulando a classe trabalhadora e o movimento popular que reivindicavam a extinção dos manicômios por meio da Carta/Manifesto de Bauru assinada por 350 profissionais de saúde mental. Cabe salientar que a bandeira de reivindicação da luta antimanicomial vai além do fechamento dos hospitais psiquiátricos. Conforme apontam Guljor e Amarante (2017), o propósito da luta ampliou-se para além da superação do modelo manicomial de caráter excludente, disciplinar e segregador, e passou-se a almejar uma transformação social na qual os mais vulneráveis pudessem ser incluídos em todos os aspectos.

Conforme Correia e Sousa Júnior (2020), o MNLA pautou-se na reorganização da assistência em saúde mental de forma democrática. Os referidos autores também apontam que o fio condutor do MNLA foi a luta pela efetivação da cidadania, considerado o marco de ruptura com a estrutura política e ideológica vigente (CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020). No Manifesto de Bauru afirma-se que o Estado é responsável pelo gerenciamento dos manicômios e, do mesmo modo, incumbe-se pela manutenção e imposição dos mecanismos de reprodução social da loucura e da violência (MANIFESTO DE BAURU, 1987). No documento, os profissionais estabelecem um novo compromisso em recusar o papel de agentes de exclusão e de violência institucionalizada que desrespeitam os direitos da pessoa humana.

Ainda no encontro de Bauru, foi organizado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, convocado e instituído para 18 de maio, momento categórico para a ampliação do MNLA. De acordo com Amarante e Nunes (2018), ajudaria a estimular o pensamento crítico da população com relação à violência institucional perpetrada pelos hospitais psiquiátricos e a exclusão social vivenciada pelas pessoas em sofrimento mental. Foi uma escolha bem-sucedida e, desde então,

tem impulsionado atividades políticas, científicas, culturais e sociais em todo o mês de maio, o qual consolidou-se como o mês da Luta Antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018).

No entanto, foi em 1993 que o MNLA se consolidou enquanto um movimento social, reafirmando como princípios básicos a independência do aparelho estatal; o compromisso com a transformação social; a luta por uma sociedade sem manicômios e o caráter não partidário.

Os compromissos assumidos e evidenciados no manifesto de Bauru foram:

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Lüchmann e Rodrigues (2007, p. 406) afirmam que o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial “constitui-se como um importante movimento social na sociedade brasileira, na medida em que se organiza e se articula com outros movimentos, tendo em vista transformar as condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade”. Ademais, Correia e Sousa Júnior (2020) apontam que a articulação de diversos segmentos em prol da luta antimanicomial dão forma ao Movimento Antimanicomial (MA) e o configuram como um “sujeito coletivo de direitos” devido a sua capacidade de articulação e representação; ressaltam ainda que a atuação do movimento foi fator preponderante na construção de políticas públicas relacionadas à saúde mental, assim como, posteriormente, na elaboração da lei que embasa a Reforma Psiquiátrica brasileira (CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020).

Faz-se importante destacar que o MNLA tem papel significativo na conscientização social de que as pessoas com sofrimento mental não representam uma ameaça à sociedade, por haver um paradigma de que “os loucos são perigosos”, mas estes também são sujeitos e esta condição está associada à titularidade de direitos. Logo, o debate relacionado à titularidade de direitos e promoção da cidadania das pessoas em sofrimento mental foi introduzido no âmbito nacional e na construção de políticas a partir do Movimento Antimanicomial, mais amplo, procurando superar a estigmatização relacionada aos cuidados em saúde mental (CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020).

Nesse ínterim de lutas e desafios pela RP, também houve o desenvolvimento de experiências inovadoras no trato de saúde mental. Como marco inaugural e paradigmático, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, realizada pela administração municipal em 1989, como experiências que inspiraram um modelo exemplar de cuidado em saúde mental (TENÓRIO, 2002). Cabe destacar que o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da

Rocha Cerqueira, popularmente conhecido como CAPS Itapeva, foi o primeiro experimento de serviço substitutivo no Brasil, inaugurado em 1987, em São Paulo, sendo pioneiro no redirecionamento do cuidado em saúde mental e desconstruindo o modelo manicomial.

O serviço passou a contar com atividades multiprofissionais, procurando atender os usuários em sua singularidade e integralmente, oferecendo cuidados em meio ao convívio social. A inovação alcançou resultados positivos, bem como simbolizou uma ruptura com o modelo manicomial vigente que deu abertura para a ampliação da nova metodologia de cuidado em outros estados, pautando-se no novo modelo de atenção psicossocial com práticas desinstitucionalizantes (BRASIL, 2004b; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Como havia uma lacuna deixada pelo Estado com relação aos cuidados das pessoas em sofrimento mental e isso fortalecia o crescimento e avanço da “indústria da loucura”, essas pessoas não tinham representatividade política para respaldar suas lutas por reconhecimento. Como reflexo do movimento pela RP no final da década de 1980 e início de 1990, as políticas relacionadas à saúde e, conseqüentemente, à saúde mental tomaram novas proporções devido à nova constituinte.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) construiu o pacto social e institucional que possibilitou avanços nas políticas de saúde, incluindo saúde mental. O direito à saúde foi positivado enquanto direito social fundamental que deve ser garantido pelo Estado, significando uma conquista, tendo em vista que as constituições anteriores não firmaram garantias com relação ao direito à saúde. No que concerne à saúde mental, nas legislações anteriores a CF 88, as pessoas em sofrimento psíquico eram passíveis de recolhimento nos manicômios para fins de higienização urbana (BARBOSA-FOHRMANN; MARTINS, 2021).

Severo *et al.* (2020, p. 29) demonstram que:

A Constituição de 1988 apresenta-se como a baliza dessas transformações da saúde pública brasileira, momento da construção do Sistema Único de Saúde e da abertura dos horizontes do cuidado da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica Brasileira na conjuntura da democratização do País. Esses novos modelos de cuidados desembocaram na construção de uma rede de atenção orientada à substituição da lógica de internação hospitalar, até então principal meio de tratamento àqueles que apresentavam sofrimento psíquico. Foi essa implementação e sustentação política, por mais de 30 anos, que conferiu ao Brasil um lugar de destaque e reconhecimento internacional no campo da saúde mental.

Nesse arcabouço, a luta pela reforma psiquiátrica também avança e na perspectiva de impedir a criação de novos hospitais psiquiátricos e criar dispositivos que substituíssem o modelo hospitalocêntrico, ofertando novas tecnologias de cuidado em meio a comunidade, o então deputado Paulo Delgado, em 1989, apresentou o Projeto de Lei (PL) n. 3.657 (BRASIL,

1989), que passou doze anos em tramitação. Esse período foi permeado por mobilizações lideradas pelo MNLA visando a aprovação do projeto, fato que reafirma a importância desse movimento no enfrentamento às instituições que promovem a exclusão social de pessoas em sofrimento mental e na defesa dos direitos e promoção da cidadania destes (GULJOR; AMARANTE, 2017; CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020).

O PL n. 3.657/1989 teve um longo percurso desde sua proposição até a aprovação. Prado, Severo e Guerrero (2020), ao analisarem o processo de tramitação desse projeto de lei, apontam a dicotomia entre os setores pró-reforma e os mais conservadores, que eram compostos por grupos ligados ao setor médico-hospitalar, emergindo uma disputa político-ideológica em torno da discussão relacionada à saúde mental. Após ser aprovado nas comissões, o projeto deparou-se com as primeiras oposições no plenário. Houve contestações relacionadas aos leitos em hospitais gerais, supondo periculosidade das pessoas em sofrimento mental, como também a alegação de ausência de recursos e experiências de desinstitucionalização infrutíferas de outros países. Foram apresentadas diversas emendas modificativas na perspectiva de alterar a proposta original do projeto e os discursos contrários ao PL tinham teor estigmatizante e capacitista com relação à população em sofrimento mental.

O projeto só foi aprovado em 2001, com muitas alterações, com a Lei n. 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), sobre a qual trataremos adiante. A partir desta iniciativa instaurou-se a construção da política de saúde mental antimanicomial no país. Ademais, cabe salientar que mesmo antes da aprovação, o projeto de lei teve repercussão nacional e inspirou alguns estados a reformular suas assistências psiquiátricas (ROSA, 2021; TENÓRIO, 2002).

Demonstrando a repercussão da Carta Magna (BRASIL, 1988) e do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, aliada a uma gestão municipal comprometida com a democracia, foi realizada a intervenção na clínica Anchieta, instalada em Santos/SP, em 1989. Era um serviço privado contratado pelo setor público, à época representado pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), para prestar assistência à população com “doença mental” e absorvia toda a demanda de internação psiquiátrica da região (TENÓRIO, 2002; LANCETTI; AMARANTE, 2009; PITTA; 2011; AMARANTE; NUNES, 2018).

Foi a partir de denúncias de maus-tratos, superlotação, pacientes expostos a condições insalubres e até de mortes, o poder público municipal realizou uma intervenção, em 03 de maio de 1989, que durou cerca de cinco anos. Os pacientes foram desinstitucionalizados e passaram a ser atendidos na rede substitutiva – os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – com estruturas abertas e regionalizadas que atendiam as demandas de saúde mental integralmente

(TENÓRIO, 2002; LANCETTI; AMARANTE, 2009; PITTA; 2011; AMARANTE; NUNES, 2018).

Os usuários que se encontravam em condição de abandono e não tinham para onde ir permaneceram no hospital sob cuidados de equipe multiprofissional, sendo posteriormente conduzidos às residências inclusivas. A clínica Anchieta foi desapropriada por questões de utilidade pública e deu-se início a uma reformulação da atenção aos pacientes, com a criação de centros comunitários de saúde mental que funcionavam diuturnamente, fomentando ações para extinção dos manicômios. Implementaram-se equipamentos de saúde que davam cobertura para toda a cidade, substituindo o manicômio por uma ampla e diversificada rede de dispositivos de saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2009; PITTA, 2011; AMARANTE; NUNES, 2018).

As experiências de Santos e São Paulo tornaram-se referências para a construção e implementação de novas formas do cuidado e tratamento em saúde mental, revisando os pressupostos do saber psiquiátrico: “Sem dispensar o saber tradicional da clínica, a psiquiatria dita renovada incorpora outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações” (TENÓRIO, 2002, p. 40). Buscando uma nova visão com relação à “doença mental” e desenvolvendo novas alternativas para tratar humanizadamente, incluindo os sujeitos no convívio social, a questão da loucura. A loucura é progressivamente descentralizada do saber psiquiátrico, abrangendo outros espaços e instituições, tal como a vida dos cidadãos que vivenciam o sofrimento e de suas famílias (AMARANTE, 1995).

A partir dessas experiências, os sujeitos em sofrimento mental passam a ter tratamento fundamentado em uma “clínica ampliada” (PITTA, 2011) em que a autonomia do usuário é promovida, de modo que este e seus familiares possam se articular com a comunidade e no território onde vivem. Esse tipo de cuidado também conta com a articulação de equipe multiprofissional, que deve atuar conforme as necessidades de cada usuário, sem descartar o saber tradicional da psiquiatria, mas incorporando novos saberes e procedimentos. Assim, o usuário participa da construção de melhores alternativas para o seu tratamento, podendo usufruir de recursos da comunidade e exercer sua cidadania. Tendo em vista que a luta antimanicomial e os princípios da RP defendem que a este seja garantido o convívio social e que goze de todos os direitos enquanto cidadão.

Aqui abro um parêntese para destacar que as primeiras experiências de cuidado com relação às pessoas usuárias de drogas (público este que posteriormente também será inserido ao escopo de luta por melhorias do cuidado proposto pela reforma psiquiátrica e que será objeto de estudo deste trabalho). Registra-se como início das experiências de cuidado a primeira ação

de redução de danos (RD) no Brasil, realizada em 1989 em Santos/SP. Fato que nos leva a refletir sobre o quanto a gestão daquele município foi progressista no trato da saúde mental ao ponto de tornar-se pioneiro em experiências relacionadas à temática da saúde mental e das drogas.

Tratou-se de um programa de troca de seringas, uma ação de redução de danos, pois havia no país uma crescente contaminação de HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis e Santos, por ser uma cidade portuária, teve alta proporção epidemiológica da doença. A iniciativa sofreu repressão por ser considerada incentivadora do consumo de drogas, e acabou sendo suspensa. No entanto, sabe-se que o olhar para esta população se iniciou a partir da epidemia de HIV/AIDS, pois os usuários de drogas injetáveis foram vistos como potenciais disseminadores de doenças infectocontagiosas. Após 1995, devido ao aumento expressivo no número de casos, surgiram diversas ações preventivas e de RD voltadas a usuários de drogas injetáveis, entre elas a troca de seringas. Apesar das resistências, o programa de RD brasileiro foi exitoso, se fortaleceu e tornou-se reconhecido mundialmente (ANDRADE, 2011).

Em 1990 o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, a qual propôs a reestruturação na assistência psiquiátrica em interface com o atendimento primário em saúde, salvaguardando e respeitando os direitos humanos e civis, assim como a dignidade pessoal dos indivíduos. O documento aponta a demanda de adaptação da legislação a fim de garantir direitos para pessoas em sofrimento mental e estimula a organização de profissionais e associações, além do setor público, a fim de promover a reestruturação da assistência psiquiátrica nos países signatários (OPAS; OMS, 1990; CORREIA, 2021) e a partir deste ano foram criadas várias associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental no Brasil.

A RP vivenciou significativos avanços a partir da década de 1990, ainda que o modelo manicomial não tenha sido totalmente superado e não houvesse uma legislação nacional que normatizasse o novo modelo defendido. Alguns estados e municípios inspiraram-se nas experiências exitosas de Santos e de São Paulo e passaram a implementar serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para ofertar cuidado de forma humanizada e alinhados aos princípios da RP.

### **3.2 Saúde mental: dos “anos de ouro” aos retrocessos (1990-2022)**

A partir da criação do SUS, em 1990, adotaram-se diretrizes de descentralização e de regionalização da saúde. A descentralização político-administrativa consiste na distribuição de

recursos e responsabilidades entre os entes federados (União, estados e municípios). Esse processo deu autonomia aos estados e municípios para avançarem e aperfeiçoarem a política de saúde mental nos diversos níveis de atenção, contribuindo para a implementação das redes e de experiências exitosas. Já a regionalização trata-se de uma estratégia adotada a fim de garantir a organização e a oferta dos serviços de base territorial, tentando reduzir as desigualdades e ampliar o acesso e a satisfação dos usuários de forma eficiente, produzindo mudanças nas condições de vida da população. Como fruto dessas estratégias foram implementadas redes temáticas, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (LUZIO; YASUI, 2010; COSTA, N. *et al*, 2011; MACEDO *et al*, 2017).

Ainda que a lógica manicomial não tenha sido absolutamente superada, o contexto de lutas das décadas de 70 e 80 resultaram em um balanço positivo na década de 90, com conquistas significativas para o movimento de reforma psiquiátrica, ocasionando um período de avanço das lutas reformistas. Como desdobramento de todos os acontecimentos das décadas anteriores, foram instituídas as portarias do Ministério da Saúde nº. 189 (BRASIL, 1991) e nº. 224 (BRASIL, 1992), as quais regulamentaram os CAPS e NAPS em plano nacional pelo Ministério da Saúde.

A importância do incentivo público para implementação de novos serviços substitutivos aos manicômios foi reconhecida por meio da Portaria nº. 189 (BRASIL, 1991). No ano seguinte, a portaria nº. 224 (BRASIL, 1992) aperfeiçoou a regulamentação dos serviços, tipificando as unidades na rede e dividindo os atendimentos em saúde mental em dois grupos: hospitalar (com internação e semi-internação), através dos hospitais-dia e ambulatorial, com os CAPS e os NAPS, unidades abertas que oferecem atendimento integral nos territórios, inspirados nas experiências pioneiras de Santos e São Paulo, conforme apresentamos anteriormente. As supramencionadas portarias consolidaram o redirecionamento da assistência psiquiátrica por meio de serviços alternativos e substitutivos ao hospital psiquiátrico (TENÓRIO, 2002; PITTA, 2011; CORREIA; SOUSA JÚNIOR, 2020).

A discussão acerca da garantia de direitos para pessoas com sofrimento mental ganhou espaço e passou a ser amplamente debatida nas conferências de saúde mental. Em dezembro de 1992 foi realizada em Brasília a II CNSM, idealizada por meio da mobilização de diversos atores políticos e sociais, entre eles o MNLA, e trouxe como tema: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. Na ocasião, por meio de debate democrático entre os diversos setores ali presentes, delinear-se as diretrizes gerais para implementação da reforma psiquiátrica brasileira e o seu relatório final subsidiou o Ministério da Saúde na reestruturação da assistência em saúde mental brasileira (BRASIL,

1994; CORREIA, 2021). Segundo o relatório da II CNSM “Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos” (BRASIL, 1994, p.7)

Dentre os serviços substitutivos discutidos na II CNSM os CAPS tiveram maior ênfase e tornaram-se o cenário propício para os usuários estabelecerem relações sociais e vínculos familiares e comunitários. Isso se deu por terem maior capilarização e se articularem com outros serviços, favorecendo processos de socialização de pessoas que antes eram segregadas e isoladas do convívio social em razão do estigma relacionado à “doença mental”. Na proposta dos serviços substitutivos, o vínculo é fundamental na construção do novo modelo de atenção, a família passa a integrar participativamente o tratamento, subsidiando o fortalecimento das relações familiares e comunitárias dos usuários. Portanto, a desinstitucionalização provocou impactos positivos na vida de usuários e profissionais da saúde mental, modificando os papéis sociais dos sujeitos e oferecendo um tratamento humanizado (COSTA, N. *et al*, 2011; CALSAVARA; MARQUES, 2017).

A implementação desses serviços se expandiu por todo território nacional e o avanço dos serviços de atenção psicossocial foi perceptível, em detrimento dos moldes asilares, havendo significativa redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS. Além dos CAPS e NAPS foram criados outros dispositivos para subsidiar a desinstitucionalização, como hospitais-dia, residências terapêuticas, centros de convivência e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Barbosa-Fohrmann e Martins (2021, p. 9), afirmam que: “os CAPS foram instrumentos importantes de transição de uma estrutura asilar para a reabilitação terapêutica, em liberdade, da pessoa em sofrimento psíquico e sua reinserção no espaço social por meio do território”.

Conforme exposto, os CAPS e NAPS partiram de experiências pontuais que se tornaram parâmetro nacional e, assim, foram formalmente instituídos em 1992. Nesse período, observou-se um significativo empenho para que o modelo hospitalocêntrico fosse superado por meio da ampliação da rede de serviços substitutivos de base territorial e comunitária. Mas, para estabelecer uma nova forma de atenção à saúde mental precisava-se de muitas medidas visando redirecionar o modelo assistencial. Nessa perspectiva, antes da implementação de uma lei nacional, alguns estados sancionaram leis pautadas na substituição dos hospitais psiquiátricos pelo modelo de tratamento em serviços substitutivos (TENÓRIO, 2002; BALLARIN; MIRANDA; FUENTES, 2010, BARBOSA-FOHRMANN; MARTINS, 2021).

Logo, a implementação dos princípios da RP não se deu de forma linear. O projeto de lei que embasa a reforma em âmbito nacional foi apresentado ao legislativo em 1989, mas o PL

n. 3.657/1989 retornou para apreciação na câmara dos deputados somente após mais de uma década em tramitação, entre 1999 e 2001. O projeto original foi rejeitado pelo senado dando origem a um projeto substituto. Prado, Severo e Guerrero (2020), assim como Mexko e Benelli (2022), apontam que a votação do projeto foi impulsionada pela repercussão internacional do caso emblemático de Damião Ximenes, que faleceu em 1999 vítima de maus-tratos em uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS, no Ceará.

Damião Ximenes tinha 30 anos e residia no município de Varjota-CE. Ao apresentar um quadro de sofrimento mental agudo, foi levado por sua mãe, a Sra. Albertina, até a única clínica psiquiátrica conveniada ao SUS da região, que se chamava Casa de Repouso Guararapes, localizada na cidade de Sobral-CE. Damião ficou internado e, passados alguns dias, ao visitá-lo, a Sra. Albertina teve o acesso dificultado, mas com insistência adentrou ao estabelecimento e deparou-se com seu filho amarrado, com sinais de maus-tratos e com lesões no corpo. Ela solicitou ajuda dos profissionais da clínica e estes prestaram atendimento de forma muito superficial. A mãe de Damião regressou ao seu domicílio muito comovida com a situação do filho e, ao chegar, foi comunicada sobre o contato da instituição, que visava comunicar a morte do rapaz (CORREIA, 2005; ROSATO; CORREIA, 2011; CORREIA, 2021).

Nesse cenário, a família Ximenes Lopes solicitou a necropsia, realizada pelo mesmo médico que atendera Damião na Guararapes, e este emitiu laudo alegando que a morte ocorreu por “causa indeterminada”. Assim, em busca de resposta para a complexidade da situação, a família acionou o sistema judiciário movendo ação criminal e indenizatória contra o proprietário da clínica, também peticionando à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) contra o Estado brasileiro (CORREIA, 2005).

O episódio ocorrido com Damião Ximenes foi o primeiro caso de violações de direitos humanos de pessoas com sofrimento mental que denunciou o Estado brasileiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Teve tamanha repercussão que também foi responsável pela primeira condenação do Estado brasileiro por violação de direitos humanos na CIDH, devido às condições desumanas de tratamento oferecido pela clínica Guararapes, que funcionava como serviço vinculado ao SUS. Também foi o primeiro caso que abordou o tratamento cruel e degradante ofertado às pessoas em sofrimento mental (ROSATO; CORREIA, 2011).

Prado, Severo e Guerrero (2020) e Mexko e Benelli (2022) analisam que a repercussão do caso pressionou o legislativo a definir uma lei que regulamentasse o direito à saúde mental em âmbito nacional. Segundo Correia (2005, p. 15) a “ação internacional referente ao caso

Damião Ximenes contribuiu para a melhoria dos serviços de assistência psiquiátrica oferecidos no Brasil”. Na ocasião do julgamento, as mudanças no modelo de tratamento em saúde mental introduzidas no território brasileiro foram utilizadas como argumento de defesa do Brasil perante a corte. Foi alegado que o Estado já estava empenhado na construção de uma nova política de saúde mental comprometida com a reforma psiquiátrica e com os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental.

O caso em tela, além de proporcionar avanços nas políticas de saúde mental no Brasil, também acarretou o descredenciamento da clínica ao SUS e, posteriormente, seu fechamento. Houve concessão de pensão vitalícia para a Sra. Albertina por parte do Estado do Ceará. A União foi condenada a pagar indenização à família por danos morais e também as custas processuais da ação. O proprietário da clínica, além do pagamento de indenização, foi condenado a seis anos de reclusão em regime semiaberto, junto com alguns profissionais que trabalhavam na clínica no período em que o caso ocorreu. Já para o Estado brasileiro a sentença determinou reparação moral e material à família Ximenes, além de outras recomendações não financeiras, como: reforço na fiscalização dos serviços de saúde mental; investigação e identificação dos culpados da morte de Damião Ximenes em tempo razoável e capacitação de profissionais atuantes na saúde mental (ROSATO; CORREIA, 2011; CORREIA, 2021).

Rosato e Correia (2011), ao discutirem as mudanças na política de saúde mental após a primeira condenação do Brasil pela CIDH, afirmam que a mobilização do Estado provocada pelo caso de Damião Ximenes, com o apoio da sociedade civil e do movimento antimanicomial, impulsionou a formulação de normas que objetivem garantir a assistência em saúde mental no país. Tal mobilização também contribuiu para agilizar a aprovação da Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), sobre a qual trataremos a seguir.

Diante desse contexto, após supressões e ajustes finais, o Projeto de Lei n. 3.657/1989 chega à sua versão final em 2001, tornando-se o marco jurídico da RP, a Lei n. 10.216. Na ocasião, o autor do projeto, Paulo Delgado (PT-MG), exercia seu terceiro mandato como deputado federal e participou ativamente das novas discussões em torno da temática. No projeto original apresentado por Delgado, a proposta era a clara “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços” (BRASIL, 1989), no entanto, devido a muitas resistências de diversos setores contrários à RP, a lei não expressa a extinção dos manicômios, mas propõe um redirecionamento (LUZIO; YASUI, 2010; PRADO; SEVERO; GUERRERO, 2020; MEXKO; BENELLI, 2022).

Destarte, a Lei n. 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das “pessoas portadoras de transtornos mentais” (BRASIL, 2001) e visa a criação de programas estratégicos,

interdisciplinares e permanentes que fomentam a construção de uma rede qualificada e especializada em atenção psicossocial (BALLARIN; MIRANDA; FUENTES, 2010). A referida lei representa um avanço jurídico-político no tocante às pessoas com sofrimento mental e seus familiares, pois se respalda fundamentalmente na proteção dos direitos humanos dos usuários da saúde mental e no cuidado de base comunitária e de acordo com os princípios do SUS.

O Art. 1º da Lei da Reforma Psiquiátrica expressa seu caráter universal. Ao afirmar que os direitos e proteções nela contidos “são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (BRASIL, 2001). No contexto social brasileiro em que a saúde mental foi construída permeada por desigualdade, racismo, estigma e preconceito, a clareza de que a lei foi construída para todos, sem distinção, é um ato progressista através do qual todos os usuários, independente da complexidade do sofrimento, possam sentir-se contemplados.

No Art. 2º, a lei expressa que as pessoas em sofrimento mental, bem como familiares e responsáveis, durante os atendimentos em saúde mental devem ser informadas, claramente, dos seus direitos enquanto usuários do serviço. No parágrafo único do referido artigo são expressos os direitos que a lei assegura (BRASIL, 2001):

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

No corpo do texto, além da contribuição da família e da sociedade no processo do cuidado, a lei também reafirma a proposta do SUS, responsabilizando o Estado pelo trato com a saúde mental. Pois se compreende que para o avanço da RP esta não pode estar em dissonância com os princípios do SUS. Conforme explícito no Art. 3º (BRASIL, 2001):

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em

estabelecimento de Saúde Mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A referenciada lei estabelece o cuidado em base territorial, comunitário e não hospitalar, vedando internações em instituições de caráter asilar, de modo que internação “em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). No artigo 4º, § 1º, determina que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001). Assim, quando o regime de internação for inevitável, deve ser precedido de apresentação de laudo médico circunstanciado que justifique os motivos da internação, contar com assistência integral através de equipe multiprofissional e o período de internação deve ser o mais breve possível.

Ainda conforme a lei, são considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I- Internação voluntária: ocorre com o consentimento do usuário, este deve assinar no momento da admissão uma declaração informando que optou por tal regime de tratamento, o término da internação se dá por solicitação do paciente, escrita a punho ou por determinação médica; II- Internação involuntária: dar-se a pedido de terceiro, sem o consentimento do usuário, o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, responsável legal, ou pelo médico responsável pelo tratamento; III- Internação compulsória: requisitada por determinação judicial, consoante o Art. 9º: A internação compulsória é determinada, conforme com a legislação vigente, pelo juiz competente, considerará as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

No que se refere às pessoas com histórico de internação há longo tempo ou “dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social” (BRASIL, 2001), conforme exposto no Art. 5º, a Lei n. 10.216 aponta para a criação de políticas específicas para atendimento que assegure a continuidade do tratamento. Para estes foram criados o Programa de Volta para Casa e os Serviços de Residências Terapêuticas, voltados para pessoas em processo de desinstitucionalização que não dispõem de apoio familiar e/ou condições de sobrevivência em sociedade.

A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira é uma legislação progressista que se tornou referência internacional pela metodologia de cuidado adotada, a qual proporciona reorganização da assistência em saúde mental no Brasil. No entanto, Mexko e Benelli (2022) apontam que a redação dada à lei deixou abertura para manutenção das estruturas hospitalares. Os referidos autores afirmam que a forma como se desdobrou a construção da lei constituiu-se como uma “revolução passiva”, tendo em vista que as exigências da RP foram acolhidas de

forma parcial e superficial como medida para apaziguar os movimentos populares. De modo que se absorveu o modelo de tratamento em território sem extinguir os hospitais psiquiátricos da rede de atenção. Assim, a lei trouxe inovações e avanços, contudo, não superou a lógica paradigmática.

A Lei da Reforma Psiquiátrica foi promulgada em abril de 2001. Em dezembro do mesmo ano, o MNSA e demais movimentos pró-reforma psiquiátrica pressionaram o Estado para que fosse realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, pois já havia decorrido uma década sem a realização da conferência relacionada a esta política. Precedida de conferências estaduais, a III CNSM foi realizada em Brasília com o tema “cuidar, sim. Excluir, não”. Dentre seus participantes destacaram-se os representantes dos movimentos sociais, profissionais da saúde, usuários e familiares. Na ocasião foram discutidas a formação da nova política de saúde mental bem como seus princípios e diretrizes, financiamento, controle social, recursos humanos e o acesso a direitos, acessibilidade e cidadania (BRASIL, 2002b).

A III CNSM marcou o início de uma nova fase na Política de Saúde Mental brasileira, propondo o fortalecimento e expansão da rede de cuidado para outros públicos específicos como crianças e adolescentes e pessoas que usam álcool e outras drogas. Entre as propostas apresentadas na III CNSM (BRASIL, 2002b, p. 9) está a atenção ao público com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, visando:

Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental;

No que concerne às pessoas que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas, a partir da III CNSM, nota-se uma atenção com a questão das drogas para além do campo criminológico. Apontou-se para a construção de uma política de saúde mental para atenção aos usuários de álcool e outras drogas baseada na RP e que respeite os direitos humanos, consoante aos princípios e diretrizes do SUS. Dentre as principais recomendações para esta temática destaca-se a sua inclusão nos planos municipais de saúde que contemplem a criação, organização e implantação de serviços especializados de referência que atuem em parceria com a atenção básica.

Nessa conjuntura, o Estado brasileiro, sob a influência dos movimentos sociais, visando políticas públicas fundamentadas nos direitos humanos para enfrentamento da questão do uso de álcool e outras drogas, incorpora a “questão das drogas” como problema de saúde pública. Tal temática passa a ser pensada a partir da prevenção e tratamento no âmbito da saúde,

sobretudo no campo da saúde mental, com as estratégias de redução de danos assumidas como principal forma de intervenção e cuidado. As estratégias de RD com relação ao uso de drogas tomaram novas proporções em razão do desenvolvimento de novas substâncias (drogas), que desencadearam novos padrões de uso e dependência, a exemplo da expressiva substituição do uso de drogas injetáveis pelo consumo do *crack*.

Em consequência disso, a RD passou a desenvolver novas ações para além da prevenção do HIV/AIDS, visto que não se tratava apenas de trocas de seringas, como nas primeiras experiências. Pretendeu-se minimizar os prejuízos decorrentes do uso das SPAs para a saúde do consumidor, sem que estes, necessariamente, interrompam o uso, mas que o façam de forma mais segura possível através de práticas de educação em saúde. Essas diretrizes buscam conscientização acerca dos riscos e danos que o uso de drogas pode ocasionar e mostra como preveni-los a partir de acompanhamento multiprofissional, entre outras ações. Sendo assim, as ações de RD teceram novas configurações, fazendo-se necessário o desenvolvimento de novas metodologias para redução de riscos e danos dessa população usuária (PASSOS; SOUZA, 2011; MACHADO; BOARINI; 2013; INGLEZ-DIAS *et al*; 2014).

Assim, apesar de fortes tensionamentos com os setores antidrogas, as estratégias de RD tornam-se conjuntos de ações que visam minimizar os danos derivados do uso abusivo de drogas. Fazendo com que a saúde chegue até o usuário de forma democrática, reconhecendo-o como sujeito de direitos e fazendo com que este seja protagonista do seu tratamento, mas não se reduzindo a isto. De acordo com Costa, Ronzani e Colugnati (2018), a RD, além de “racionalidade orientadora do cuidado”, tornou-se um movimento social potente. Visto que, por muito tempo, essa problemática foi tratada exclusivamente pelo âmbito judiciário como “caso de polícia”, com o viés proibicionista, o qual impõe a abstinência como pré-requisito para o tratamento da dependência química mediante internação e isolamento social, porém, a RD significa um avanço no campo do cuidado (MACHADO; BOARINI; 2013; VARGAS; CAMPOS, 2019; COSTA, P., 2021).

Destarte, a RD não tem a abstinência como única resposta possível ao tratamento da dependência química, ou seja, não a torna uma meta obrigatória e, além disso, não exclui aqueles usuários que não conseguem ou não querem abandonar definitivamente o uso de drogas (COSTA, P., 2021). Ademais, as metodologias adotadas através da RD corroboram para melhorias na qualidade de vida e na convivência social das pessoas com necessidades associadas ao uso de álcool e outras drogas. Pois, pretende-se compreender as relações que estes estabelecem com a substância a fim de proporcionar um tratamento com base na singularidade de cada sujeito (COSTA, P., 2021).

É importante frisar que, assim como os CAPS, a RD se difundiu baseada em experiências exitosas, como o programa de troca de seringas de Santos em 1989, o Programa Brasileiro de Redução de Danos implantado em Salvador pela Universidade Federal da Bahia em 1995 e, posteriormente, em outros estados. As ações de RD foram incorporadas pelo Ministério da Saúde e passaram a compor as políticas e normativas relacionadas à atenção ao uso de álcool e outras drogas, sendo delineadas e implementadas como políticas públicas por meio da Portaria 1.028/2005, a qual define que a estratégia de RD:

desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” através de medidas de: informação; educação; aconselhamento; assistência social e à saúde bem como a disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites (BRASIL, 2005b).

Os pontos que consideramos mais progressistas desta portaria, na qual se percebe a ampliação do cuidado de forma democrática e participativa que rompe, ainda que minimamente, com o viés proibicionista, estão nos seguintes tópicos:

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em **todos os espaços de interesse público** em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos **devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos**, tendo especialmente em conta o **respeito à diversidade** dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a **liberdade da decisão** do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2005b, grifos nossos).

Como reflexo da III CNSM, no ano seguinte foi promulgada a Portaria n. 336/2002, que indica melhor definição e organização para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), abandonando a nomenclatura NAPS. Por meio da referida portaria (BRASIL, 2002c) foram definidos os recursos humanos e tipos de atendimento. Os CAPS passaram a ser classificados por categorias e modalidades, sendo ampliado o atendimento para diferentes públicos e os serviços são divididos por índice populacional e população alvo, de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 3 — Modalidades dos CAPS

<b>Modalidade</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Cobertura populacional</b>	<b>Serviços</b>
<b>CAPS I</b>	Adultos com transtornos severos e persistentes	20 a 70 mil habitantes	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições
<b>CAPS II</b>	Adultos com transtornos severos e persistentes	70 a 200 mil habitantes	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições
<b>CAPS III</b>	Adultos com transtornos severos e persistentes	acima de 200 mil habitantes	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições, mais leito para internação por no máximo 7 dias consecutivos ou 10 dias intercalados, no período de 30 dias
<b>CAPS i</b>	Crianças e adolescentes com transtornos mentais	acima de 100 mil habitantes	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições, mais ações intersetoriais com educação, assistência, justiça
<b>CAPS AD</b>	Adolescentes e adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas	acima de 100 mil habitantes	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições, mais atendimento de desintoxicação.
<b>CAPS AD III</b>	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos	indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes	Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

Fonte: Ministério da Saúde — Portaria n. 336/2002 (BRASIL, 2002c, adaptado) e portaria n.3.088/2011 (BRASIL, 2011a, adaptado).

Segundo tal portaria, os recursos humanos dos CAPS devem ser compostos por equipe multiprofissional de diferentes formações, incluindo técnicos de nível médio e superior, podendo ser Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Pedagogos, Profissionais de Educação Física, entre outros; e de nível técnico, sendo: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Contam ainda com equipes de limpeza, segurança/apoio e de cozinha. O documento também orienta a composição de equipe e estrutura física compatível com cada modalidade (BRASIL, 2002).

Visto que a política de saúde mental sobre álcool e drogas incorporou como metodologia de tratamento a RD, o governo federal adotou novas formas de financiamento para saúde mental e passou a disponibilizar recursos para que estados e municípios realizassem ações de RD. Inspiradas nas ações que foram experimentadas na década de 1980. Isso trouxe para os profissionais um cenário desafiador, em razão de não possuir conhecimento técnico com relação ao uso de drogas, seja por desconhecerem os fatores biopsicossociais que envolvem a questão das drogas ou pelo medo de exposição à violência, tendo em vista que o senso comum e os discursos proibicionistas relacionam diretamente drogas e criminalidade (ANDRADE, 2011; COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) tornou-se o serviço de referência na rede assistencial de saúde mental para tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Caracterizado por ser um serviço aberto, de base comunitária, no qual o atendimento ocorre mediante demanda espontânea, encaminhado por serviços de saúde ou órgãos ligados ao sistema de justiça. Em geral, o público dos CAPS AD são homens e mulheres maiores de 18 anos com histórico de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Os atendimentos devem ocorrer diariamente, com diversas atividades de saúde, educação, arte, cultura e lazer por meio de equipe multiprofissional e projeto terapêutico singular que propõe o cuidado a cada sujeito de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2011b).

Houve um crescimento exponencial do CAPS AD, no entanto, ainda se observa uma lacuna. Tendo em vista que esse serviço não é territorializado como as demais modalidades, sendo preconizado para municípios com população acima de 100 mil habitantes, dificultando o acesso de usuários que vivem em municípios de pequeno porte, tornando a cobertura insuficiente. Segundo Costa, Ronzani e Colugnati (2018), nas grandes cidades houve uma capilaridade razoável. Mas também com desafios postos aos usuários, pois além do estigma, que está enraizado na sociedade, há os custos de transporte para acessar o serviço, visto que, na grande maioria, foram implementados em bairros distantes, e esses fatores também dificultam a adesão do usuário ao tratamento (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018).

É possível que essa ausência de capilaridade dos CAPS AD tenha dado mais abertura para as instituições de caráter asilar atuarem no “tratamento” de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a exemplo das comunidades terapêuticas (CTs) (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018) pois, o acesso aos CAPS gera custo com mobilidade, fato que dificulta o acesso por fatores econômicos e sociais, ocasionando abandono do tratamento. As CTs estão localizadas, geralmente, em propriedades rurais que também ficam

distantes da comunidade. Mas, em contrapartida, o “serviço” ofertado é no modelo de internação e o usuário acaba não tendo despesas com transporte para acessar o serviço, fator que pode contribuir para adesão e continuidade no tratamento, ainda que de forma compulsória.

As novas demandas e complexidades relacionadas à saúde mental gerou mobilização de diversas categorias para realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental para que fossem discutidas novas configurações para política de saúde mental. Assim, mesmo com um contexto pouco favorável, terceirização e precarização do trabalho e conflitos e tensões no campo político, onde a realização de conferências, da participação popular e do controle social nas políticas estavam sendo desestimuladas. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM-I) foi realizada entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010, em Brasília, e teve como tema -“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” (BRASIL, 2010b).

A convocação da intersetorialidade com as demais políticas foi uma modalidade inédita com relação às conferências anteriores e redirecionou a prática no campo da saúde mental. A ocasião contou com ampla participação da sociedade, trabalhadores, usuários e representantes das demais políticas públicas, uma participação democrática que buscou fortalecer o SUS e a rede de atenção totalmente pública, momento de grande relevância para fortalecimento da política de saúde mental e do SUS.

De acordo com o relatório final, a IV CNSM-I

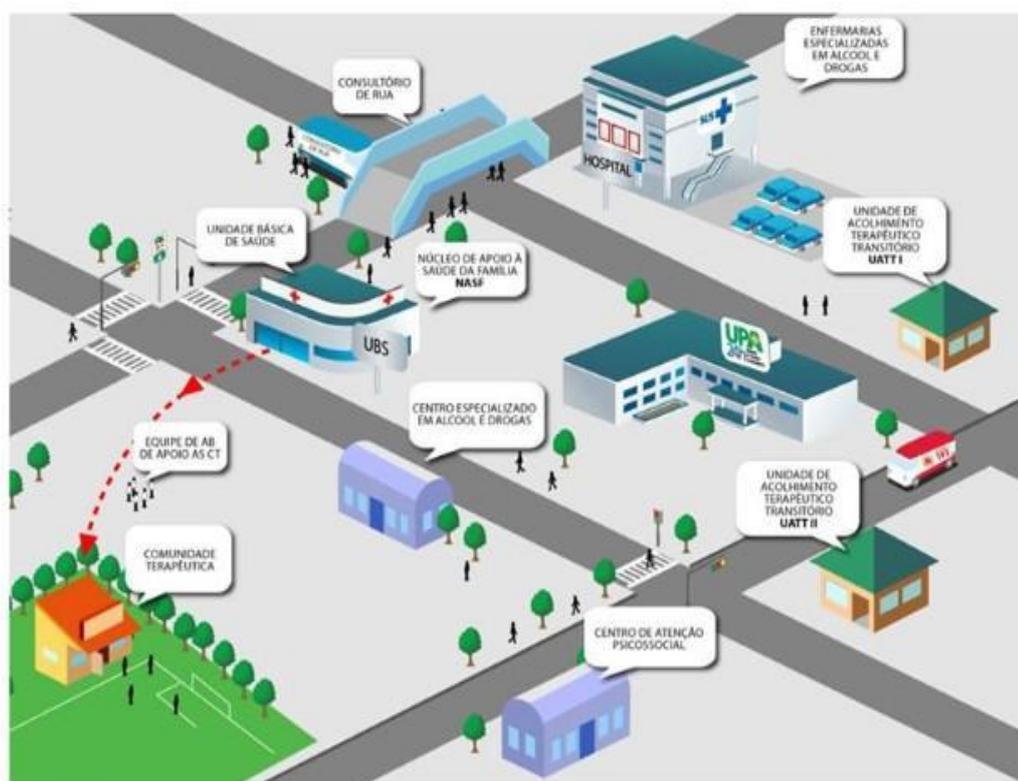
reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida (BRASIL, 2010b, p.56).

A IV CNSM-I reconheceu que a saúde mental transcende a política de saúde por tratar-se de um campo multidimensional que necessita da intersecção com outros campos como: dos direitos humanos, trabalho, assistência social, justiça, educação, etc. Reconheceram-se os avanços, mas também foram identificadas lacunas, inclusive, no que concerne ao tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em vistas a proporcionar uma assistência de qualidade, sem estigma e evitando a criminalização. O que também configurou um novo desafio, principalmente pelo pânico social provocado pelas campanhas midiáticas com relação ao uso do crack. Nesse aspecto, a deliberação da IV CNSM-I foi

“Manter a decisão do Ministério da Saúde de não remunerar Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2010b, p.58) e consolidar a rede de cuidado através do SUS.

Foram as deliberações da IV CNSM-I que direcionaram a ampliação dos serviços de base territorial pautados nos direitos humanos dos usuários. Deste modo, em 2011, por meio da Portaria n. 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede de serviços regionalizada com objetivo de ampliar o atendimento às pessoas em sofrimento mental e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas através dos serviços assistenciais existentes no SUS.

Figura 1 – Fluxograma da RAPS



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Através da rede de atenção psicossocial, propõe-se a assistência em saúde mental alinhada à garantia dos direitos humanos dos sujeitos.

A Atenção Psicossocial não é apenas um campo científico restrito a saberes e práticas “psi”, oriundos da Psiquiatria e das diversas vertentes da Psicologia. Ele inclui diversas ciências – como as ciências sociais, humanas e políticas – bem como outros modos de produção do conhecimento, como a Filosofia, as Artes, e a Política, de onde provêm concepções fundamentais para a compreensão e intervenção nos diversos cenários de cuidado. Cabe destacar que a Atenção Psicossocial se constrói fundamentalmente no cotidiano, no plano da experiência produzida pela interação

entre os trabalhadores de saúde e os usuários e das reflexões suscitadas pela prática. (GODOY, 2014, p. 42).

A RAPS foi organizada por sete níveis de atenção, conforme o Quadro 4, dentre eles, a Atenção Psicossocial Especializada, composta pelos CAPS em suas diferentes modalidades. Quando articulada com os demais pontos de atenção, possibilita o atendimento às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas de modo territorializado (BRASIL, 2011b).

Quadro 4 — Níveis de Atenção e Serviços Ofertados na RAPS

<b>Linhas de cuidado/componente</b>	<b>Serviços/ponto de atenção</b>
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade básica de saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (atualmente denominado equipe multiprofissional); Consultório na Rua; Centros de convivência e cultura
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades
III. Atenção às Urgências e Emergências	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 Horas; pronto socorro
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de acolhimento adulto e infanto-juvenil; Serviço de atenção em regime residencial (entre os quais Comunidades Terapêuticas)
V. Atenção Hospitalar	Leitos de saúde mental em hospital geral e enfermaria especializada
VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação	Programa de Volta para Casa (PVC) e Serviços de Residências Terapêuticas (SRT)
VII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares

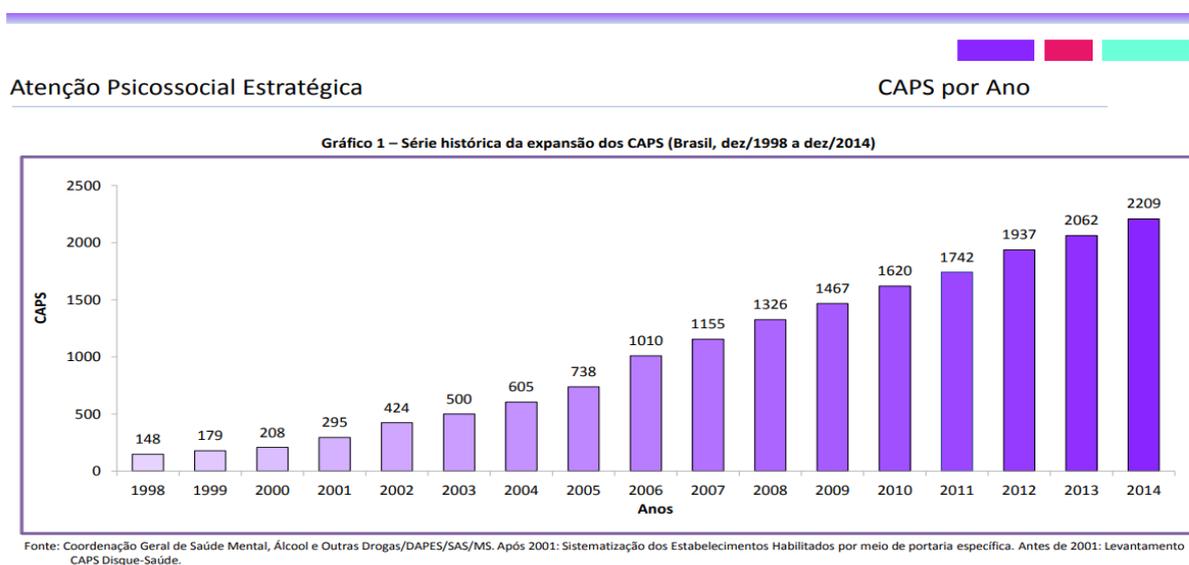
Fonte: Ministério da Saúde — Portaria n. 3.088/2011 (BRASIL, 2011a, adaptado)

Isto posto, os CAPS adquirem centralidade para o cuidado com pessoas em sofrimento mental e na articulação com os dispositivos da atenção básica e outros serviços, mediante apoio matricial. Compreendendo que a questão das drogas engloba um conjunto complexo de determinantes sociais, entende-se que a política de saúde por si só não dá resolutividade, necessitando de articulação intersetorial com as demais políticas, como a Assistência Social, sendo os CAPS AD os principais responsáveis por esta articulação. O protagonismo desses serviços ganha maior visibilidade a partir da criação da RAPS.

Consoante as publicações do saúde mental em dados elaborada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2006, havia cerca de 840 serviços substitutivos em funcionamento. O relatório aponta também um aumento no investimento dos recursos do SUS nos serviços extra-hospitalares de saúde mental de 6,86%, em 1997, para 44,17% em 2005

(BRASIL, 2006). O crescimento da rede substitutiva, o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o investimento federal em ações extra-hospitalares foi notório. Na edição do saúde mental em dados de n.º 7 publicada em 2010, mesmo ano de realização da IV CNSM-I, observa-se que existiam 1.541 CAPS em funcionamento no Brasil, destes 242 eram na modalidade CAPSad (BRASIL, 2010b). A última edição do saúde mental em dados foi publicada em 2015 e ainda era possível identificar implementação de novos serviços e o financiamento federal para atenção em saúde mental, conforme os gráficos da figura a seguir:

Figura 2 – Expansão histórica dos CAPS



Fonte: Saúde mental em dados (BRASIL, 2015b)

Costa, Ronzani e Colugnati (2018) referem-se a esta centralidade e ao modelo de cuidado territorializado dos CAPS como “CAPSolização”, para ilustrar que todos os serviços da rede giram em torno dele, assim como os planetas giram em torno do sol, como pode ser observado na Figura 1.



Lamentavelmente, os relatórios do “saúde mental em dados” deixaram de ser produzidos. Em 10 anos (2006–2015) foram publicadas 12 edições com informações, dados e investimentos em saúde mental, estas publicações eram de suma importância, pois expressavam e interpretavam os dados relacionados à saúde mental bem como os desafios a serem enfrentados e desenvolvimento de novas ações no campo da política de saúde mental.

A partir de 2015 houve desaceleração na implementação e expansão dos serviços de saúde mental, instaurando um contexto de desmonte nas políticas sociais, predominantemente na política de saúde. Após um período de 30 anos de avanços, a Reforma psiquiátrica passa por um cenário de crise no qual se observa o retorno da “indústria da loucura”. O ex-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Leonardo Pinho (2021), denomina esta conjuntura de “contrarreforma psiquiátrica”, processo que o referido autor divide em duas etapas: de retrocesso no contexto geral da RAPS e de consolidação da agenda da contrarreforma.

A abertura da etapa de retrocesso deu-se em 2015, ainda no governo da presidenta Dilma Rousseff, quando nomeou Marcelo Castro como ministro da saúde. Posteriormente, a presidenta nomeou Valencius Duarte Filho como coordenador geral de saúde mental, álcool e outras drogas, rompendo com os moldes históricos dos coordenadores que ocuparam o cargo, pois desde a redemocratização todos os ocupantes eram alinhados com os princípios da reforma psiquiátrica e com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Também orientavam-se pela defesa dos direitos humanos, cuidado de base territorial e pela desinstitucionalização. A nomeação de Valencius provocou intensa mobilização social, visto que este era um oponente dos pressupostos estabelecidos pela RP, foi gestor de hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro, inclusive com histórico de maus tratos aos usuários. Diversos setores se mobilizaram contra sua nomeação, tornando sua permanência insustentável e teve sua exoneração decretada em abril de 2016 (PINHO, 2023; VI O MUNDO, 2021).

Todavia, com o processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, a partir de 2016 ocorreu a ascensão de grupos conservadores de extrema direita; fundamentalistas religiosos; ascensão da bancada evangélica no Congresso e apoiadores e representantes da psiquiatria tradicional e parte da classe médica representado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e das comunidades terapêuticas trazendo novos padrões organizacionais que levaram o Brasil a enfrentar uma crise econômica e política (GUIMARÃES; ROSA; 2019; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Nesse contexto, as políticas de drogas e saúde mental passaram por drásticas mudanças ideológicas, na contramão dos princípios da RP. Podemos destacar como maior retrocesso a inserção de hospitais psiquiátricos no centro da RAPS, através da Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 e o fortalecimento e financiamento de comunidades terapêuticas que tem a abstinência como princípio orientador para tratamento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em detrimento da Redução de Danos (GUIMARÃES; ROSA; 2019; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Já para Delgado (2019), foi a partir de 2016 que se instaurou um processo de desmonte sem precedentes na política nacional de saúde mental brasileira. Diante o cenário posto, entende-se que foi a partir deste período de reação conservadora à RP que os “anos de ouro” da saúde mental deram os primeiros sinais de esgotamento. Iniciando com estagnação e redução gradativa na implementação dos serviços substitutivos, falta de investimento e desvalorização profissional. E se consolidando mediante a incorporação de instituições que não priorizam o cuidado em liberdade, como o retorno de hospitais psiquiátricos e a inserção de comunidades terapêuticas na composição da RAPS, mesmo estas sendo alvo de graves denúncias de violações de direitos humanos.

Outro passo em direção ao desmonte da política de saúde mental deu-se em 2017, com a nomeação de Quirino Cordeiro como Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Quirino contou com apoio dos setores conservadores ligados à psiquiatria tradicional e as comunidades terapêuticas para implementar a agenda de desmontes na política de saúde mental, promovendo a mercantilização do sofrimento mental mediante financiamento em ampliação de leitos psiquiátricos e internações em CTs. Deu-se abertura a um discurso de insuficiência da RAPS para atendimento das demandas em saúde mental, trazendo como alternativa a complementação do setor privado, principalmente através das CTs. É a partir de então que se inicia a fase denominada por Pinho (2019) de consolidação da agenda de contrarreforma.

É nesta conjuntura que, em 2017, com a Resolução n. 32 e a Portaria n. 3.588/2017 (BRASIL, 2017a), expedidas pelo governo federal, com a gestão de Quirino na saúde mental, que ocorre o incentivo do retorno ao modelo hospitalocêntrico. Tais medidas desconstroem os princípios organizativos da RP antimanicomial e provocam o subfinanciamento dos serviços substitutivos e ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Nesse cenário, os manicômios permanecem ativos e inseridos na política de saúde mental, na RAPS e nos instrumentos normativos (HEIDRICH, 2020).

A Portaria n. 3.588/2017 foi expedida obscuramente, sem qualquer participação social ou dos movimentos defensores da RP. Em entrevista à revista Fórum, em 2017, Paulo Amarante

alegou que o Governo Temer passou a defender a patologização e a medicalização das pessoas em sofrimento mental e com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, desconsiderando as complexidades biopsicossociais dos sujeitos (BITTENCOURT, 2017). No ano de 2018 deu-se seguimento a agenda de contrarreforma de modo que os hospitais psiquiátricos tiveram seus recursos ampliados. Foram destinados 60 milhões do orçamento do Ministério da Saúde (MS) para esta finalidade, mais de 110 milhões destinados ao financiamento de leitos em comunidades terapêuticas, enquanto para a RAPS, a alocação de recursos foi de apenas 70 milhões.

Em 2019, com a ascensão da extrema direita ao governo federal, os desmontes relacionados a estas temáticas tornam-se mais agravantes. A Nota Técnica n. 11/2019, que compilou o que estava disposto na resolução nº32 e na portaria 3588/2017, propõe novas diretrizes para a RAPS. No entanto, o que o documento revela é o fortalecimento de modelos manicomial que não estão de acordo com a essência da RAPS, tendo em vista que esta tem suas diretrizes delineadas pelo cuidado territorial e pela reinserção social dos sujeitos em sofrimento mental. A Nota Técnica também rompeu com a política de redução de danos no tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Observa-se, evidentemente, um processo de remanicomialização em que se põe em evidência hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas em detrimento dos serviços ofertados pela RAPS (MORAES-FILHO *et al*, 2019; CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019).

Cabe salientar que, na nota técnica nº 11/2019, consta que a desinstitucionalização permanecerá sendo incentivada, porém, não enfatiza a redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Também em 2019, ocorreu a transferência da Coordenação Nacional de Saúde Mental e Drogas do Ministério da Saúde para a Secretaria Nacional de Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, reforçando o modelo proibicionista no tratamento.

Entende-se que a nova roupagem posta para saúde mental pela Nota Técnica n. 11/2019 visa subsidiar novos dispositivos de caráter manicomial para institucionalização dos sujeitos em sofrimento mental. Correia; Martins e Requião (2019) apontam para a existência de um paradoxo, pois, como pode a política de saúde mental falar de desinstitucionalização ao mesmo tempo em que fomenta leitos em hospitais psiquiátricos, haja vista que os recursos empregados para estas instituições poderiam ser utilizados para ampliação e fortalecimento da RAPS? Os autores ainda ressaltam que essas ações incentivam o retorno à lógica manicomial e que a “situação atual no campo da saúde mental está à beira do abismo” (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019, p. 21).

É notório o retrocesso que tal nota propõe ao evidenciar instituições de caráter asilar que promovem isolamento social dos sujeitos, desconsiderando a lei da Reforma Psiquiátrica que defende o cuidado em liberdade. Além do exposto, a Nota Técnica n. 11/2019 valoriza práticas como a eletroconvulsoterapia, internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e a promoção da abstinência como forma de tratamento para usuários de álcool e outras drogas (MORAES-FILHO *et al*, 2019).

Toda essa conjuntura de mercantilização da assistência em saúde mental está fortemente influenciada pelo neoliberalismo. As políticas neoliberais visam reduzir a atuação do estado, principalmente com políticas públicas, em detrimento da ampliação da atuação do mercado, impulsionando o desmantelamento das políticas públicas e dos direitos sociais. O Estado neoliberal, através do discurso de insuficiência dos serviços e da precarização, favorece o modelo de acumulação capitalista, o capital financeiro e os proprietários de setores privados. Ao transferir a gestão das políticas para o setor privado, conseqüentemente, há a desresponsabilização do Estado, a acentuação das desigualdades bem como o comprometimento do caráter universal das políticas (TANNUSS, 2022; ANDRADE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2022).

Observa-se que, no contexto político vigente, de cunho conservador e neoliberal, há grandes dificuldades de ruptura com o modelo manicomial. Posto que se impõe o desmonte da política de saúde mental e o sucateamento dos serviços de base territorial, a fim de dar abertura para instituições de caráter manicomial como as comunidades terapêuticas. Sendo assim, analisaremos como estas instituições se estabeleceram como alternativa de “cuidado” ao público com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como suas metodologias e de como o incentivo dado pela gestão Bolsonaro tem provocado desmontes na política de saúde mental brasileira.

### **3.3 Comunidades terapêuticas: tensionamentos entre saúde pública e proibicionismo**

Existem diferentes posicionamentos políticos para enfrentamento às questões relacionadas às drogas no Brasil, os principais são: a redução de danos, conforme apontamos anteriormente, e o proibicionismo — este último está relacionado com a ação reguladora, moralista e repressiva do Estado para controle das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (drogas), a partir da expansão comercial e industrial e dos processos de criminalização destas (ALVES, 2009; FARIAS; PASSOS, 2018). A ideologia proibicionista

centraliza seus esforços na redução da oferta e da demanda das drogas por meio de ações repressivas e punitivistas, condicionando o tratamento à abstinência.

O ordenamento jurídico brasileiro construiu as políticas sobre drogas no campo criminal e da segurança pública, pautando o discurso nessa ideologia proibicionista. A ideologia proibicionista enfrenta tensionamentos com a saúde pública, visto que esta prioriza a RD para minimizar danos à saúde, sociais e econômicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma que o usuário não seja discriminado. Além disso, busca o resgate da cidadania e (re)construção da autonomia dos usuários e com a RD também pode-se alcançar a abstinência, mas esta não é uma condição imposta (ALVES, 2009; DUARTE; ARAÚJO, 2017; FARIAS; PASSOS, 2018).

Com relação ao tratamento, também existem tensionamentos entre a RD e a política proibicionista. Visto que, a RD propõe o cuidado humanizado, centrado na pessoa e de base territorial, através dos CAPS, em contrapartida, o proibicionismo prioriza uma metodologia de tratamento focalizada na abstinência, geralmente, tal proposta de tratamento está centralizada nas comunidades terapêuticas.

A gênese das Comunidades Terapêuticas remete às experiências coordenadas por Maxwell Jones, na Inglaterra, nos anos 1940, que procurou nas CTs uma alternativa de substituição ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, no entanto, não incluía a ênfase religiosa nas suas metodologias, como as CTs da atual realidade. A partir de 1950, os Estados Unidos implementaram um novo modelo de CT com propósito e atuação distintos das CTs desenvolvidas por Jones, o modelo norte-americano foi criado especificamente para pessoas que fazem uso problemático de drogas, a fim de retirá-los do convívio social (COSTA, P. 2020; CONECTAS; CEBRAP, 2022). Como ocorre com a política de “guerra às drogas”, esse modelo de CT foi importado por diversos países como uma alternativa perversa de tratamento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com condutas higienistas e eugenistas, principalmente com as populações socialmente vulneráveis.

No Brasil, a atuação das CTs como opção de tratamento para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas antecede a criação de políticas públicas que priorizam a saúde, o cuidado em liberdade e a garantia dos direitos humanos desses cidadãos. Contudo, as CTs são instituições pouco fiscalizadas, como demonstram os estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2017) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Ministério Público Federal (MPF), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos direitos do cidadão

(PFDC). Em 2018, tais estudos também apontam que em significativa maioria das CTs inspecionadas há violações de direitos humanos em diversas esferas.

As CTs surgiram no Brasil pontualmente na década de 1960, atuando no âmbito privado e filantrópico, entretanto, expandiram-se com o advento do neoliberalismo na década de 1990, na tentativa de preencher a fissura deixada pelo Estado no cuidado com as pessoas usuárias de psicoativos. Desse modo, o ápice da atuação dessas instituições deu-se a partir dos anos 2000, quando essas são incorporadas ao ordenamento jurídico e político estatal. O Estado insere as CTs na política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, na RAPS e inclusive na Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), por meio do Decreto n. 9.761/2019 (BRASIL, 2019), que altera a Lei n. 11.343/2006, a lei de drogas brasileira que apresentou características mais progressistas, pois trazia em seu arcabouço a diferença na penalização entre traficante e usuários, bem como propostas de tratamento para pessoas em situação de uso abusivo, respaldadas na redução de danos.

O Decreto n. 9.761/2019 contribuiu para a ampliação do financiamento de vagas em CTs. Também fomentou a proliferação dessas instituições segregadoras e violadoras de direitos humanos, em detrimento dos CAPS AD que propõem cuidado em liberdade, respeitando os direitos humanos dos usuários e proporcionando a assistência integral aos indivíduos que fazem uso problemático de drogas por meio da política de RD e acompanhamento multiprofissional em base territorial (FARIAS *et al*, 2020; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

É no vazio assistencial deixado pelo Estado proibicionista que as CTs se expandem. De acordo com Farias *et al* (2020), mesmo com os avanços na política de saúde mental, o Brasil incorporou a questão das drogas tardiamente como questão de saúde pública, também favorecendo a ampliação e legitimação de instituições segregadoras pela iniciativa privada, como nas CTs. Assim, aos sujeitos que não são enquadrados pelo encarceramento decorrente da política de “guerra às drogas” são, do mesmo modo, retirados do convívio social por meio de um cuidado utópico ofertado pelas CTs, que na realidade trata-se de mais uma forma de segregar os “indesejáveis”. As CTs representam uma reatualização da lógica manicomial e, por mais que preguem a humanização, permanecem com caráter asilar e isolamento social dos acolhidos, tornando-se elementos constitutivos dos manicômios (COSTA, P. 2020).

As CTs têm objetivo de produzir mudanças subjetivas nos acolhidos, por meio da abstinência, do isolamento social e, na esmagadora maioria, por práticas religiosas sobre as quais trataremos no último capítulo. De acordo com o IPEA (2017), estas são caracterizadas como entidades de acolhimento residencial para pessoas que fazem uso problemático de drogas. As CTs ferem os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, provocando erosão das políticas

de saúde mental e das diretrizes da RP. Conforme nota emitida pelo IPEA, as CTs “se estruturam sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde sujeitos isolados da convivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades vigiadas, sob a orientação de um ‘grupo de pares’<sup>4</sup> e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado” (IPEA, 2017, p. 9).

Tais instituições reproduzem a lógica manicomial de segregação dos sujeitos, bem como visam o ajustamento dos indivíduos à sociedade. Assim, por meio de práticas desumanas de segregação, censura à liberdade religiosa e orientação sexual, imposição da abstinência, dentre outras condutas próprias desses espaços, as CTs iniciam o processo de mortificação dos indivíduos e acabam utilizando-se da segregação social desses sujeitos em fazendas ou áreas isoladas como forma de higienização social. Mbembe (2016), ao analisar a construção histórica do terror mediante a biopolítica no contexto da colonização, recorre à figura do escravo como uma personificação das relações. O referido autor afirma que “a fazenda é um espaço que o escravo pertence a um mestre” e também expõe que essa condição de escravo resulta em uma tripla perda:

perda de um “lar”, perda de direitos sobre seu corpo e perda de *status* político. Essa perda tripla equivale a dominação absoluta, alienação ao nascer e morte social (expulsão da humanidade de modo geral) [...] Não é uma comunidade porque, por definição, implicaria o exercício do poder de expressão e pensamento (MBEMBE, 2016, p.131).

Aqui percebemos a intrínseca relação da atuação das CTs com o exercício do biopoder, da necropolítica e da condição de escravidão, devido a normatização da conduta e a segregação social impostas por estas instituições aos seus internos, como também a imposição do trabalho como condição terapêutica, sendo essa condição, em muitos aspectos, “uma forma de morte em vida” (MBEMBE, 2016). Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 16), a laborterapia utilizada pelas CTs “encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão”. Sendo assim, a tripla perda inerente a essa relação (escravo/fazenda/dominação) se consolida no processo de “mortificação do eu” desses sujeitos que vivenciam a CT como alternativa de tratamento, pois “a política de crueldade e os símbolos de abuso tendem a não se distinguir” (MBEMBE, 2016, p. 132).

---

<sup>4</sup> A “convivência entre pares” refere-se à convivência entre os diversos residentes, orientada pelas rotinas e práticas terapêuticas determinadas pela instituição, por sua vez, entende-se “grupos de pares” como a convivência e a interlocução entre o conjunto de pacientes internados (IPEA, 2017).

Goffman (1961), relata que os processos de mortificação do eu estão relacionados às instituições que ele (Goffman) denominou de totais<sup>5</sup>. As instituições totais são caracterizadas por seu caráter “fechado”<sup>6</sup> e sob monitoramento, como tratamento “para segregar os internados do contato social com o mundo exterior” (BENELLI, 2014, p. 23). Assim, podemos caracterizar os presídios, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, entre outros espaços, como instituições totais.

Ainda ancorados na discussão posta por Benelli (2014), entendemos que os processos de mortificação descritos por Goffman, nos mostram três práticas de “mortificação do eu”, impostas pelas instituições totais:

As religiosas reconhecem explicitamente o valor e as consequências das disposições ambientais que mortificam o indivíduo, com seus objetivos espirituais. Os internados nessas instituições podem complementar por si mesmos as mortificações impostas pela equipe dirigente com restrições autoimpostas (jejuns, penitências diversas), pancadas com autoflagelação e a inquisição institucional com a confissão procurada e espontânea. [...] Num segundo tipo, no qual se incluem os campos de concentração e, em menor extensão, as prisões, algumas mortificações parecem ser utilizadas apenas pelo seu poder de infligir sofrimento ao internado, mas, nesses casos, ele não aceita e nem facilita o trabalho da equipe dirigente; No terceiro tipo, as mortificações são oficialmente racionalizadas com outros fundamentos: higiene (no caso do uso dos banheiros), responsabilidade pela vida (alimentação e medicação forçadas), capacidade de combate (regras do exército e da polícia quanto à aparência pessoal) e “segurança” (restrições nas prisões) (BENELLI, 2014, p. 36).

Diante desses conceitos, ao analisar as informações contidas no relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas (CFP; MNCPT; MPF, 2018), identifica-se que os indivíduos são internados em locais de difícil acesso; são obrigados a adotar condutas religiosas; mantidos incomunicáveis e com visitas restritas e, ainda, sob violação do direito à diversidade sexual, dentre outros tipos de violações. De acordo com o relatório, essas características são comuns em todas as CTs inspecionadas:

A análise das informações não deixa dúvida também sobre a existência de um perfil compartilhado que tem como base a privação de liberdade, o caráter asilar, a chamada laborterapia, a abordagem religiosa e a abstinência como estratégia central de funcionamento dessas instituições. Em todas, foram constatadas algum nível de violação de direitos humanos. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 21).

Sendo assim, verifica-se uma ratificação das afirmações de que CTs são instituições que promovem mortificação de seus acolhidos, ou seja, as CTs abrangem todas as práticas de

---

<sup>5</sup> Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1961, p. 11).

<sup>6</sup> Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos (GOFFMAN, 1961, p. 17).

mortificação dos sujeitos apontadas por Goffman (1961). Barcelos *et al* (2021) realizaram estudos com egressos de CTs e os resultados foram condizentes com os apontamentos do relatório. Os autores apontam que o modelo de CT:

Ancora-se em quatro pilares: disciplina, trabalho, convivência e, especialmente, abordagem religiosa, a fim de promover a anulação da subjetividade pregressa dos internos, em prol de uma nova subjetividade: aquela forjada segundo as prerrogativas que operam nesses espaços (BARCELOS *et al.*, 2021, p. 138).

Dito isso, observa-se que impera um paradoxo, pois a lei de drogas favorece a abordagem proibicionista, no entanto, a partir das atualizações mais recentes, realizadas pela lei 13.840/2019, tal abordagem tornou-se mais enfática, orientando as ações da política nacional antidrogas a partir da abstinência, do conservadorismo e do proibicionismo. Já a política de saúde mental sobre álcool e drogas, implementada por meio da Portaria n. 3.088/2011, orienta-se a partir do “desenvolvimento estratégico da redução de danos” (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, no cenário político e social que enfrentamos, a abstinência aparece como meta desejável enquanto a RD é desencorajada por meio da demonização midiática das drogas.

O argumento da escassez de serviços que atendam as demandas dessa população justifica o crescimento de CTs. No entanto, entende-se que tal escassez trata-se de uma estratégia do Estado, pois este deveria empregar esforços e recursos no sentido de ampliar e fortalecer a rede, a fim de que o cuidado necessário a estes sujeitos seja ofertado no campo da saúde pública. Conforme exposto, o governo federal fortalece o apoio às instituições de caráter asilar, como as comunidades terapêuticas, como demonstram os editais de chamamento público, lançados pelo governo federal: edital n. 17/2019 da SENAPRED e n. 03/2022 do Ministério da Cidadania, visando o preenchimento de vagas em CTs, para “acolher” pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Todavia, estas têm princípios divergentes dos CAPS AD por adotarem a lógica da abstinência como condição para o tratamento e utilizam de internação por longos períodos, isolando os acolhidos e afastando-os do convívio familiar e comunitário. Assim, observa-se uma reatualização dos manicômios e formas de ampliação da “guerra às drogas”, tendo em vista que ambas pretendem retirar da sociedade pessoas tidas como “indesejáveis”, principalmente os mais vulneráveis como: jovens, pobres, negros e periféricos.

É fato que, desde meados de 2015, a política de saúde mental tem vivenciado sérios retrocessos, mas, no que se refere a política de saúde mental para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, esses retrocessos têm sido mais evidentes durante a gestão do presidente Jair Bolsonaro. Trata-se de um governo de extrema direita, militarizado

e ultraconservador, que assumiu o mandato em 2019 e, desde então, os direitos humanos e a saúde mental foram impactados por sua ideologia proibicionista-moralista. Um governo que defende veementemente as comunidades terapêuticas e se posiciona contrário à descriminalização das drogas e a política de redução de danos.

Até então, a Política Nacional Antidrogas vigente era a n. 4.345 (BRASIL, 2002a), que foi revogada pelo Decreto n. 9.761/2019, que colocou em vigor a “nova” Política Nacional Sobre Drogas. Na alteração, a redução de danos não ocupa lugar de destaque, assim como a participação social de alguns setores, em contraponto, insere-se, enfaticamente, a defesa de tratamento em CTs, descrevendo-as como um “serviço essencial”.

A lei 13.840/2019 enfatiza o tratamento em CTs, além disso, em consulta ao site da SENAPRED observou-se que os dados relacionados a ações das políticas sobre drogas estavam inacessíveis. Em contraponto, este trazia o tratamento da dependência química nesse tipo de instituição como “necessidades inadiáveis e que se não atendidas **colocam em perigo a Sobrevivência**, a saúde ou a **segurança** do cidadão em estado de vulnerabilidade” (SENAPRED, 2021, grifos nossos). A linguagem empregada nas políticas sobre drogas do governo Bolsonaro demonstra que, para a ideologia vigente, há a necessidade de higienização social das pessoas que fazem uso de drogas, pois a demonização que o proibicionismo emprega às drogas, relacionando-as diretamente com a violência, fortalece o discurso da periculosidade das pessoas que fazem uso de drogas e, conseqüentemente, precisam ser retiradas do convívio social.

Na página oficial do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), que passou a ser gerido pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), no Ministério da Cidadania, onde deveria conter dados epidemiológicos, estes foram suprimidos e encontram-se estampadas informações exclusivamente relacionadas às CTs, expondo que a “nova lei” “promove a abstinência em vez da redução de danos”. A “nova” política nacional sobre drogas “prevê o reforço das comunidades terapêuticas que oferecem acolhimento, assistência e tratamento para pessoas com dependência química” e também menciona a construção de “uma sociedade saudável por meio da prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação e reinserção social” (OBID, 2022).

Na gestão Bolsonaro a contratação de leitos em CTs financiados pelo Estado teve aumento progressivo, um dispêndio absurdo de verbas sem processo de licitação, conforme aponta Costa (2020, p. 24): “o fomento (às CTs) pelo aparato estatal, vincula-se com uma ofensiva capitalista neoliberal no âmbito das políticas sociais”. Assim como os presídios, as CTs são onerosas aos cofres públicos e não apresentam nenhum resultado científico evidente.

De acordo com levantamento realizado pelo CONECTAS e CEBRAP (2022) “O montante de investimento federal entre 2017 e 2020 chegou a R\$ 300 milhões e, considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais, atingiu-se R\$ 560 milhões” para financiamento de leitos em CTs, o que podemos inferir como uma mercantilização e remanicomialização da questão social das drogas (COSTA, P., 2020).

As CTs aparecem de forma enfática nos planos de ação e planejamento para os anos de 2021 e 2022 do Ministério da Cidadania, assim, as metas de atuação da SENAPRED consistem em:

Meta 1: Aumentar em 5% ao ano a taxa média de ocupação em **Comunidades Terapêuticas**

Meta 2: Aumentar em 50% ao ano o número de **Comunidades Terapêuticas** fiscalizadas

Meta 3: Aumentar em 20% o número de vagas disponíveis em **Comunidades Terapêuticas** (contratadas do Edital nº 17/2019)

Meta 4: Capacitar, em 2021, 5.000 pessoas. (SENAPRED, 2019. grifos nossos).

Os dados da SENAPRED apontam que, em 2018, existiam:

2.900 vagas financiadas pelo Governo Federal, passando para 10.680 vagas ao final de 2020, que segundo levantamento periódico pelo SISCT – Sistema de Comunidades Terapêuticas, representou o acolhimento de 27.000 dependentes químicos, com investimentos superiores a R\$ 130 milhões, naquele ano.

Em 2019 foi lançado edital para contratação de mais leitos em CTs, ainda segundo a SENAPRED, e em 2021 foram credenciadas 528 instituições para receber recursos do governo federal, simbolizando o financiamento de cerca de 15.900 novas vagas, das quais 1.421 vagas são para o público feminino. No entanto, no mapa virtual exibido na página da OBID/SENAPRED “só” aparecem 481 instituições cadastradas.

Esses números estão distantes de serem os números reais de CTs, tendo em vista que muitos não pleiteiam recursos públicos por não atenderem condições mínimas de funcionamento, sobrevivendo de doações, patrocinadas por igrejas e por exploração do trabalho dos acolhidos por meio de vendas de produtos, geralmente produzidos pelos próprios internos. O último levantamento foi realizado em 2009, no qual se registraram cerca de duas mil CTs, no entanto, sabe-se que esse número é bem maior, tendo em vista que muitas instituições não são registradas e devido a subnotificação de funcionamento, também não são submetidas a fiscalização. Essa invisibilidade pode configurar um campo de extermínio ainda mais amplo no qual a “guerra às drogas” e a necropolítica são operadas sem nenhuma publicização.

Além de comunidades terapêuticas, o governo investiu em outras práticas sem comprovação científica de eficácia, que exaltam condutas de cunho moral-religioso, como está explícito no documento “Informes de gestão 09/2020”, disponível na página da SENAPRED:

Foram celebrados termos de fomento com as entidades: Federação de Amor-Exigente (Para pais e familiares de usuários de drogas), Pastoral da Sobriedade, Cruz Azul no Brasil e Grupo Esperança Viva. O repasse foi em parcela única e individual de R\$ 300.000,00 para estimular a expansão destes grupos nas regiões Norte e Nordeste (SENAPRED, 2020).

Com isso, a irregularidade das CTs torna-se um fator preocupante, pois como o Estado não exerce uma fiscalização efetiva, muitas dessas instituições se proliferam irregularmente. Geralmente, se instalam em locais afastados de centros urbanos, acolhendo pessoas de forma insalubre, sem equipe técnica adequada e perpetrando diversas violações de direitos humanos dos acolhidos.

A política sobre drogas aplicada pelo então presidente Bolsonaro, pautada na suposta redução da oferta e da demanda, não tem eficácia comprovada no que se refere à questão social das drogas. Esta questão consiste em um fator multidimensional que necessita de um conjunto de políticas públicas, ademais, tal política empregada serve para inflar o sistema prisional que já se encontra em colapso por superlotação. Além disso, consolida a expansão de instituições violadoras de direitos humanos, desconsiderando uma construção científica e coletiva, como se deu com a RD, expondo os equipamentos de saúde que dispõem de profissionais e estratégias de prevenção e tratamento no âmbito do SUS ao sucateamento devido à ausência de recursos. Visto que o olhar e os recursos estão voltados para instituições de cunho religioso, conservador e moralista, configurando assim ações imprudentes por parte da gestão que vão na contramão da RP (FARIAS *et al*, 2020).

Tendo em vista que este tipo de instituição vem se multiplicando no Brasil, vivemos uma política de guerras às drogas pela qual os usuários de substâncias psicoativas (SPAs) são marginalizados e estigmatizados, com suporte da ideologia política conservadora vigente que tenta a todo custo invisibilizar estes sujeitos. Chega-se à hipótese de que as CTs são mais uma ferramenta de higienização social promovida por esta política. Pois, as comunidades terapêuticas da atualidade não têm nada de “terapêutico”, são espaços violadores de direitos humanos, instrumentos de segregação que operam com a opressão e exploração de pessoas para atender aos interesses do sistema capitalista. Assim, consideramos que a ausência de empenho do estado em monitorar e fiscalizar essas instituições as legitimam como operadores da necropolítica exercida pelo Estado neoliberal.

A ênfase da gestão de Bolsonaro para as CTs colabora para a desresponsabilização do estado com relação à assistência dada às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ainda corrobora o desmonte das políticas de saúde mental e retrocessos da Reforma Psiquiátrica brasileira, reforçando o retorno do modelo hospitalocêntrico através da centralização do “cuidado” nas CTs. Os recursos públicos empregados nas CTs fortalecem a tese de que há mercantilização da questão social, tendo em vista que esses recursos deveriam ser empregados para fortalecimento da RAPS, mas são destinados para instituições privadas.

Em concordância com Martins (2020), entendemos que evidentemente as CTs são um instrumento de preservação dos processos de exclusão social e fortalecimento do estigma e preconceito empregado contra as pessoas em sofrimento mental, especificamente decorrentes do uso de drogas. A manutenção desse *apartheid* dá-se através do confinamento imposto como forma de tratamento, no método da “laborterapia”, empregando o discurso de que a dignidade vem através do trabalho, na regulação da vida dos corpos por meio do poder Estatal e de matrizes religiosas. Existe um esforço empregado para desconstruir os princípios traçados pela RP que valorizam a singularidade dos sujeitos, respeitando a autonomia e a liberdade, bem como o cuidado humanizado de base territorializada.

As sucessivas denúncias de violação dos direitos humanos realizadas contra as CTs, inclusive reconhecidas institucionalmente, como no relatório da inspeção (CFP; MNCPT; MPF, 2018) que contou com a participação de conselhos de classe e de importantes órgãos públicos como o Ministério Público Federal e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), evidenciam que CTs não são instituições “acolhedoras”, como expressa a Lei n. 9.761/2019. São, na verdade, instituições violadoras de direitos e garantias fundamentais que submetem os usuários à tortura, tratamento cruel e degradante, reforçando o estigma e a lógica manicomial que deveria ser superada por meio da efetivação dos princípios e diretrizes da RP e investimento efetivo em serviços substitutivos.

## **4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONVERGÊNCIAS ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA**

### **4.1 Drogas e sistema de justiça: uma análise dos instrumentos normativos brasileiros**

Nesta seção analisaremos como a questão das drogas se tornou uma temática tão complexa na sociedade contemporânea ao ponto de ser declarada “guerra” para o combate de tais substâncias, através de um viés proibicionista e belicista fomentado pelo Estado. A partir da revisão bibliográfica e documental, fundamentadas na criminologia crítica e nos direitos humanos, procuramos compreender como evoluíram as legislações referentes à temática. Analisaremos como o debate comparece entre a agenda da política segurança pública e do sistema de justiça, bem como na agenda da política de saúde pública. Observaremos se existe consenso entre estas políticas com relação ao enfrentamento do fenômeno das drogas e como são atendidas as pessoas que fazem uso destas substâncias.

Tratar a genealogia das drogas não é nosso objetivo, mas, evidentemente, buscamos compreender como esta temática se inseriu no debate social e jurídico, bem como as mudanças realizadas na esfera das políticas sobre drogas. A princípio, teremos que compreender a definição do termo “droga”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) interpreta as drogas como toda e qualquer substância, natural ou sintética, não produzida pelo organismo, com a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (OMS, 2006). Ademais, Brites (2017), ao discutir a temática, relata que historicamente o termo “drogas” está permeado de acepções morais, políticas e ideológicas. Assim, para referir-se a estas, a autora utiliza-se do termo “psicoativos” ou “substâncias psicoativas” conceituando-as como “todos os produtos, naturais ou quimicamente manipulados, que são consumidos com a finalidade de alteração do sistema nervoso central, deprimindo, estimulando ou perturbando suas atividades” (BRITES, 2017, p. 25). Desse modo, em concordância com a definição de Brites (2017) aqui utilizaremos predominantemente o termo “psicoativos”, no entanto, a depender do regulamento jurídico-normativo em análise o termo “drogas” também comparecerá.

O consumo de substâncias psicoativas é uma prática social realizada desde os primórdios da humanidade, sendo o uso empregado para fins terapêuticos, recreativos ou culturais (TORCATO, 2016). Até meados do século XIX a comercialização de cocaína, do ópio e seus derivados era livre, no entanto, a partir do desenvolvimento capitalista — o qual produziu o crescimento social marcado pela desigualdade e estabeleceu a luta de classes — tal prática

passou a receber intervenção e regulação do Estado. Com a emergência do movimento proibicionista liderado pelos Estados Unidos, que atrelava o uso de substâncias a determinados sujeitos, frequentemente o consumo e comércio de psicoativos era relacionado a recortes étnico-raciais e de classe (TORCATO, 2016; CAVALCANTI; BATISTA, 2020).

O sistema de produção capitalista desencadeou novas necessidades físicas e psíquicas dos trabalhadores superexplorados por tal sistema, tendo em vista que, no capitalismo, as relações de exploração são agudizadas. E, nesse contexto, também houve transformação na relação humana com as substâncias psicoativas, assim como das formas de uso e produção. A comercialização das drogas assumiu a forma mercantil e lucrativa a partir da expansão do capitalismo comercial. Do mesmo modo que as grandes navegações transportavam as especiarias (café, açúcar, trigo, etc.) de um continente a outro, ocorreu também a internacionalização da venda e consumo das drogas. A partir dessa internacionalização, as drogas adquiriram valor de uso e valor de troca atendendo às necessidades humanas e expressas do mercado (FRUTUOSO; RONZANI; COSTA, P., 2020). Nas análises dos referidos autores, para discutir a temática das drogas devem-se observar diferentes dimensões:

Ao falarmos das drogas, não só a dimensão do consumo está inserida, mas as esferas da produção, distribuição e comercialização, e isso pressupõe levar em conta a pobreza, a desigualdade social e outras expressões da “questão social” como basilares e mediadoras no tocante à temática em questão. (FRUTUOSO; RONZANI; COSTA, 2020, p. 415).

Nesse sentido, as drogas enquanto mercadoria se inseriram nas relações de contradição entre capital e trabalho da mesma forma que as demais mercadorias, visto que estão relacionadas e imbricadas com as expressões da questão social. O proibicionismo reforça este aspecto à medida que fomenta o tráfico de drogas, considerado altamente rentável e para sua funcionalidade também incorpora relações de trabalho. Assim, as drogas na sociedade capitalista atendem necessidades sócio-históricas e se englobam na lógica de exploração e opressão do capitalismo monopolista. Ademais, a relação dos indivíduos com tais substâncias sofrem interferências de relações de poder, pois, é sob a égide do capitalismo e suas necessidades produtivas que são estabelecidas as formas de controle acerca da produção, distribuição e consumo dos psicoativos, são também estas relações de poder que justificam a intervenção nos modos de vida das classes subalternas, estabelecida entre culturas dominantes e relações de mercado (TORCATO, 2016; BRITES, 2017; OLIVEIRA, 2020).

Nesse cenário de expansão mercadológica dos psicoativos e preocupados com o alto índice de consumo e comercialização do ópio, os Estados Unidos, movidos por conflitos

econômicos, políticos e também por pressões do movimento puritano, promoveu a organização de congressos e encontros internacionais no sentido de resolver a “problema do ópio” e estabelecer o controle sobre o comércio internacional de algumas substâncias. Após as conferências Xangai (1909) e Haia (1912) outras três convenções internacionais foram realizadas e tornaram-se referência para os países signatários: Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971; Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, 1988 (BRITES, 2017; OLIVEIRA, 2020).

A primeira conferência, realizada em Xangai (1909), objetivou instituir o controle do comércio internacional de substâncias psicoativas propondo intervenção no livre comércio e estabelecendo medidas restritivas de repressão e controle. Pode-se considerar esta conferência como um marco no controle internacional das substâncias psicoativas. No entanto, esta, ainda não alcançou a internacionalização da política proibicionista como almejava os EUA mas, validou o consumo de substâncias psicoativas como um problema internacional (TORCATO, 2013; BRITES, 2017; OLIVEIRA, 2020). A segunda conferência, realizada em Haia em 1912, foi exitosa no estabelecimento do controle da produção e consumo do ópio e seus derivados ao nível internacional, incluindo a cocaína no rol proibicionista (OLIVEIRA, 2020). A cada encontro se estabeleciam novos acordos, expandia-se o rol de substâncias proibidas, ampliavam-se os países signatários como também as punições aos países que descumprissem os acordos estabelecidos. A partir de então, passou-se a combater os envolvidos na produção, distribuição e consumo das substâncias tidas como ilegais.

No que se refere às três convenções, suas deliberações foram complementares, no entanto, a Convenção Única Sobre Entorpecentes realizada no ano de 1961, em Nova Iorque, por ter sido a primeira convenção sob coordenação da Organização das Nações Unidas (ONU), favoreceu o recrudescimento das medidas repressivas. De acordo com Brites (2017, p. 105), tal convenção “opera a cristalização do proibicionismo como ideologia dominante de alcance internacional”. Outra ênfase nessa conferência, foi a preocupação com a “saúde mental e moral da humanidade”, dando abertura ao discurso médico-jurídico – em que para o usuário a proposta seria o tratamento, pois estes eram vistos como doentes (toxicômanos) – já para aos traficantes se destinava a criminalização, em virtude de serem vistos como delinquentes (BRITES, 2017; OLIVEIRA, 2020). Porém, conforme analisa Fiore (2012), o tratamento, nesse cenário, é incorporado como uma forma de punir o usuário e não como metodologia de cuidado.

A convenção única sobre entorpecentes foi internalizada pelo Brasil em 1964 através do decreto nº 54.216 que ampliou o rol de substâncias proibidas. Estabeleceu nitidamente o

caráter legal e ilegal ao expressar que as drogas tidas como ilícitas são um “mal” para a saúde e para a sociedade, dando início a postura militarizada de combate e repressão a fim de erradicar o consumo e a produção destas. Já a convenção sobre substâncias psicotrópicas (1971), também foi ratificada pelo Brasil, tornando-se subsídio para elaboração da Lei nº. 6.368/1976. Tal conferência trouxe como inovação a inclusão de drogas psicotrópicas no rol de substâncias proibidas, dividindo-as em duas listas que devem passar por constante atualização: a lista de substâncias psicoativas – aquelas que têm alto potencial de causar de abuso/dependência, porém não são utilizadas para fins medicinais; e substâncias psicotrópicas – aquelas que podem causar abuso/dependência mas também são utilizadas para fins medicinais, além disso, foi a partir desta que se estabeleceu a diferença entre traficantes e usuários (FIORE, 2012; SILVA, 2015).

No que se refere à Convenção Sobre o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas (1988). Esta tornou o sistema internacional antidrogas mais rigoroso, ampliando os mecanismos de repressão que incidem sobre o tráfico e o consumo, adotando também medidas contra a lavagem de dinheiro, contando com a cooperação direta dos países signatários. A Convenção foi promulgada no Brasil por meio do decreto nº 154/1991 (SILVA, 2015). Os encontros internacionais resultaram em documentos com orientações que acentuaram a lógica punitivista ao longo do século XX e serviram para consolidar o proibicionismo como principal orientação no enfrentamento ao comércio de psicoativos, dando abertura para o mercado ilícito, tendo em vista que, a proibição potencializa o mercado clandestino (BRITES, 2017; FIORE, 2012; OLIVEIRA, 2020). Conforme aponta Brites (2017), foi devido à expansão do consumo de psicoativos que os Estados Unidos imprimiram maior rigidez ao ideário proibicionista, transformando-o em uma ideologia de “guerra às drogas”.

Nessas circunstâncias, a partir dos anos 1970 a política de “guerra às drogas” foi oficialmente declarada pelo presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, que classificou as drogas como um inimigo a ser combatido. No entanto, tal política só foi de fato implementada como metodologia de combate na década de 80 pelo Presidente posterior, Ronald Reagan, o qual desempenhou uma política extremamente militarizada e violenta. A campanha de Reagan foi pautada na rigidez penal e na colaboração do Estado em medidas de combate ao crime (CAVALCANTI; BATISTA, 2020; OLIVEIRA, 2020; ESTRELA, 2021).

Reagan montou um aparato de guerra para perseguir os considerados indignos e investiu demasiadamente em campanhas midiáticas a fim de persuadir a população a acreditar que as drogas ilícitas estariam provocando efeitos desastrosos na população, especialmente nas camadas mais pobres da sociedade. Assim, o discurso acerca das drogas, além de médico-jurídico, também passou a ser político-criminal, consolidando a ideologia de “guerra às drogas”

como dominante e sua metodologia de enfrentamento em prol a aniquilação das drogas, de caráter repressivo, violento e militarizado, teve alcance mundial (OLIVEIRA, 2020; CAVALCANTI; BATISTA, 2021; ESTRELA; 2021).

Compreende-se que a política de “guerra às drogas” é uma expressão violenta implementada pelo estado para criminalizar e exterminar corpos negros, pobres e periféricos. O fracasso da ideologia proibicionista de “guerra às drogas” já foi comprovado cientificamente, porém, a organização política vigente insiste em permanecer reproduzindo tal ideologia, fato que fomenta a desigualdade, o estigma e induz à violência. Nesse sentido, deve-se compreender a “questão das drogas” como um problema social que precisa ser enfrentado com políticas sociais integradas. Pois os impactos sociais e de saúde dos consumidores de substâncias psicoativas não incidem apenas sobre o consumo, mas são resultantes de um contexto social e histórico mais amplo de negação e violações de direitos (BRITES, 2017).

Assim, a ideologia proibicionista desconsidera o caráter histórico e social do consumo de psicoativos e as distintas formas de uso, imprimindo-lhe um caráter moralizante e utilizando-se de leis penais para criminalizar tais condutas. Na verdade, o real interesse do proibicionismo é a supressão das classes sociais menos favorecidas, tidas como indesejáveis, e tem como escopo, especificamente, os recortes de classe e raça, visando atender interesses econômicos e políticos da classe dominante. Isto posto, Cavalcanti e Batista (2020, p.63) reiteram que o proibicionismo relacionado às drogas se trata de uma escolha política a qual pretende “controlar corpos e eliminar vidas de determinados grupos sociais”, por associar a violência e a criminalidade a essas frações da sociedade, justificando as ações violentas e letais praticadas pelo Estado. Deste modo, a guerra não é decretada contra as drogas e sim contra pessoas, negras, pobres e jovens, com vistas a manter este público sob controle em nome da manutenção da ordem social (ESTRELA, 2021).

O proibicionismo e o controle das condutas das classes subalternas são uma necessidade do capital, do ponto de vista da organização e racionalização do trabalho. Assumimos que estes controles possuem relações diretas com a construção da hegemonia burguesa, conferindo importância para as intervenções estatais quanto às políticas sobre drogas. (OLIVEIRA, 2020, p. 53).

O proibicionismo, a criminalização da venda e do consumo de substâncias psicoativas e as políticas de controle que os Estados Unidos empregaram como forma de controle social, fundamentou-se na intolerância social e racial como metodologia para consolidar e justificar a exclusão social que a população branca promovia sob as classes subalternizadas (TORCATO, 2016). Nessa perspectiva, concordamos com Karam (2015) quando afirma que não existe uma

guerra contra as drogas e sim uma guerra contra pessoas, especificamente as que estão em condições mais vulneráveis, assim, a “guerra às drogas” é uma política que deixa explícito seu objetivo de genocídio da população jovem, pobre e negra.

O Brasil, também inspirado nos Estados Unidos, desenvolveu processos de criminalização, que tem como foco a seletividade penal, direcionada às classes subalternas compostas por pessoas pobres, negras e jovens. De acordo com Wacquant (2003), essa configuração punitiva e disciplinadora deu-se, na década de 1970, mediante a transição do Estado social, o qual o autor denomina de Estado providência ou caritativo, para o Estado penal. Somado a isso, tem-se a influência do neoliberalismo que provocou a supressão de investimento em programas sociais em detrimento da expansão dos investimentos no sistema penal, precarização das relações de trabalho e repulsa da participação popular. Esta inversão na atuação do Estado, que opera através da seletividade, é responsável pela preservação das desigualdades de classe, onde os pobres são vistos como inimigos do Estado, e manutenção das relações de poder, valendo-se da política criminal como mecanismo de controle e vigilância dos pobres (TANNUSS, 2022).

Segundo Wacquant (2003, p. 27 – 28) a política estatal de criminalização da miséria, opera em duas modalidades: transformação dos serviços sociais em instrumento de vigilância e controle das novas “classes perigosas” e a “contenção repressiva” dos pobres através do encarceramento, ainda conforme o autor, a principal causa do crescimento exacerbado do encarceramento está relacionada a política de “guerra às drogas” aplicada a seletividade. Nesse sentido, com o avanço do Estado penal, o Estado se utiliza dos aparatos técnicos e repressivos como a prisão e o sistema de justiça como meio de contenção das classes subalternas que vivenciam as consequências da supressão do desempenho de políticas sociais (WACQUANT, 2003; TANNUSS, 2022).

Além do aspecto punitivo para classes subalternas, o encerramento traz elementos da escravidão, o qual expõe os negros as piores condições de vida, isto dá-se, sobretudo, mediante a formação social brasileira que é estruturalmente racista, visto que, o encarceramento aflige enfaticamente a população negra. Atualmente, cerca de 67% da população carcerária é composta por pessoas pretas e pardas (BRASIL, 2023a). Como já mencionado, os crimes relacionados às drogas formam o segundo fator mais recorrente no encarceramento de pessoas no Brasil, esta informação revela o caráter racista da seletividade penal, assim como o impacto da política de guerra às drogas na população jovem, pobre e negra.

Tannuss (2022, p. 30) afirma que “aqueles mais afetados pela retração do Estado no campo da economia e das políticas de assistência são também os mais atingidos pela

intensificação do Estado Penal”. Nessas circunstâncias, de acordo com os dados da SENAPPEN, cerca de 42% da população carcerária é formada por jovens com idades entre 18 e 29 anos, e 67% são pretos e pardos (BRASIL, 2023a). Assim, majoritariamente, as pessoas que respondem por tráfico de drogas são afetadas pelo encarceramento massivo por serem pobres, negras, subalternizadas, com baixa escolaridade, apontando para seletividade da população a ser almejada por tal política (TORCATO, 2014).

Neste universo, a ideologia proibicionista experimenta um denso processo de contradição, pois a partir dos anos 1970, é reconhecidamente fracassada para o objetivo ao qual se propôs: uma sociedade livre das drogas. Segundo Brites (2017, p. 125) “a proibição de determinadas substâncias não foi capaz de reduzir nem a oferta nem a procura das substâncias proscritas” e sua funcionalidade é atender as demandas de manutenção da ordem capitalista e intensificação da luta de classes.

Embora a “guerra às drogas” seja uma política falida, seu caráter proibicionista produziu perversos danos sociais, dentre eles o encarceramento em massa, o estigma, a violência e a exclusão social. Nesse sentido, ainda de acordo com a autora supracitada, ao passo que o proibicionismo não cumpre com suas promessas, torna-se muito eficaz no que se refere a opressão, extermínio e controle das classes sociais mais vulneráveis. Tidas como indesejadas pelo sistema capitalista de produção e pela ordem social em vigor.

Todavia, conforme destacamos anteriormente, não é nosso objetivo realizar uma análise exegética da genealogia da droga e do proibicionismo. No entanto, compreendendo que o proibicionismo estadunidense, apesar de sua decadência ideológica, ainda é mundialmente predominante nas legislações e ações de enfrentamento às questões relacionadas às drogas, servindo como base para criação de políticas públicas, inclusive no Brasil, consideramos necessário a contextualização para podermos entender como se desenvolveram as discussões acerca desta temática.

Assim, diante dos elementos ora apresentados, certificamo-nos que os debates relacionados às drogas são permeados por fatores multidimensionais, e tratá-las exclusivamente como “caso de polícia” implica na invisibilização das múltiplas complexidades, contradições e disputas que permeiam a temática. Nessa conjuntura, concordamos com o exposto por Bokany (2015, p. 8) quando a autora aponta que pessoas que se relacionam, de forma dependente, com substâncias psicoativas sofrem uma dupla penalização: “a social e a legal”. Conforme já apontamos, o Estado penal enxerga e anuncia esse público como inimigos que devem ser fortemente combatidos. Já na perspectiva social, o preconceito é a principal punição perpetrada

contra os usuários de substâncias psicoativas, incrementado pela cultura do medo<sup>7</sup>, amplamente difundida pela mídia impactando nas relações sociais dos sujeitos produzindo como resultado exclusão social, estigma e discriminação.

Nessa conjuntura, segundo Torcato (2014), o Brasil apresenta as primeiras práticas alinhadas ao movimento proibicionista em meados de 1923, com as campanhas anti alcoólicas, inspiradas na lei seca dos Estados Unidos, visto que, os primeiros psicoativos utilizados no Brasil foram as bebidas alcoólicas, contudo, nesse período o movimento não se dava de forma tão severa. Ademais, Cavalcanti e Batista (2020) apontam que a “guerra às drogas” brasileira iniciou com a criminalização da maconha, em 1932, revestida também com o discurso discriminatório, associando os possíveis danos da substância com o comportamento violento e impulsivo dos negros, considerando o uso da substância como potencializador de tal comportamento.

O Brasil, desde a convenção de Haia, seguiu os acordos e protocolos propostos pelas principais convenções internacionais, tendo a criminalização como referência para o controle das substâncias tidas como ilícitas. Entretanto, a partir dos anos 1960 e 1970, em decorrência das conferências internacionais promovidas pela ONU, que apontavam para o acirramento da repressão, a “guerra às drogas” é intensamente incorporada pelo cenário jurídico-político brasileiro. O Estado brasileiro reuniu forças para combater o fenômeno das drogas e suas consequências por meio de ações violentas, repressivas e punitivas aos que produzissem, vendessem ou consumissem substâncias psicoativas (TORCATO, 2014). O processo de criminalização no país foi intensificado devido ao contexto de ditadura civil militar implantado através do golpe civil-militar em 1964. Se estendeu até 1985, vinte e um anos de uma postura política bélica, extremamente repressiva e militarizada que pretendia eliminar os inimigos (traficantes e usuários) a qualquer custo (BRITES, 2017; CAVALCANTI; BATISTA, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Apesar de o Brasil já executar políticas de criminalização desde 1932, foi no contexto ditatorial que se promulgou a primeira lei penal específica sobre drogas, com maior dimensão criminalizadora relacionada às substâncias tornadas ilícitas. A Lei nº 5.726/1971 dispõe sobre as “medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que

---

<sup>7</sup> O fato de o uso de substâncias psicoativas tornar-se socialmente relacionado com a criminalidade e a violência e estes serem vistos como “inimigos” instaurou o sentimento de insegurança, amplamente difundido na transição do período ditatorial para o regime democrático, e conseqüentemente implantou-se o medo relacionado a violência criminal. Nesse sentido, para Pastana (2004) “Os valores e comportamentos difundidos a partir do medo são formas simbólicas de dominação tão ou mais violentas quanto a própria violência de que se tem medo”. Para essa autora, a cultura do medo é uma ferramenta de controle jurídico-penal e dominação política contra determinados segmentos sociais.

determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 1971). A referida lei definiu medidas extremamente repressivas no tocante ao controle da distribuição e consumo de psicoativos. Tal legislação equiparava traficantes e usuários em relação à penalização, dentre outras penas para outros crimes que a lei previa; trazia para comércio, posse, uso cultivo a pena de reclusão de um a seis anos e multa para os consumidores, assim como também previa internação forçada para os “infratores viciados” por tempo indeterminado o que a lei aponta como “tempo necessário à sua recuperação” (BRASIL, 1971).

No entanto, após a convenção da ONU de 1971, formulou-se uma nova legislação, a Lei nº 6.368/1976, que em sua estrutura trazia as figuras do traficante e do usuário como inimigos do Estado e como um mal a ser extirpado, enrijecendo a pena para comerciantes/traficante e consumidores que poderiam ser de 3 a 15 anos de reclusão. Assim, o cenário protagonista desta legislação era o cárcere, de modo que a punição para traficantes se dava através do encarceramento a cargo das forças de segurança pública e do sistema de justiça, enquanto para consumidores, vistos como doentes, internação, sob responsabilidade das autoridades sanitárias, podendo ser involuntária (BRASIL, 1976; OLIVEIRA, 2020; TORCATO, 2014; CAVALCANTI; BATISTA, 2020; ESTRELA, 2021).

O processo de redemocratização experimentado a partir da década de 1980, manteve a hegemonia proibicionista da política de “guerra às drogas” de cunho militarizado, belicista e letal, ampliando o Estado penal e subsidiando a manutenção do capital através de estratégias de dominação e extermínio (BRITES, 2015). Outrossim, segundo Torcato (2014) a manutenção da estrutura militar no período de transição democrática foi realizável devido à mudança de foco do inimigo interno, que deixou de incluir no rol de inimigos a serem combatidos o jovem, branco, militante da classe média e passou a ter como alvo predominantemente o negro, pobre e favelado, recrutado pelo tráfico de drogas. O referido autor ainda sinaliza que a abertura política foi cenário propício para o aumento da violência policial e da letalidade por parte do Estado, dando origem ao perene genocídio da população jovem e negra como estratégia de combate ao tráfico de drogas (FERRUGEM, 2020).

Estrela (2021) aponta que a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação de leis penais houve contribuição do aparato legal para o recrudescimento do sistema penal, uma vez que a lei em seu art. 5º, XLIII trata o tráfico ilícito de entorpecentes como crime “inafiançável e insuscetível de graça ou anistia” (BRASIL, 1988). Outro aspecto desse endurecimento penal se dá devido à criação da lei de crimes hediondos (Lei nº 8.072/90), que inclui o tráfico ilícito de entorpecentes no rol de crimes mais graves, impactando no agravamento das penas, inclusive, cerceando a liberdade provisória e prolongando a prisão temporária para 30 dias das

pessoas enquadradas por esta tipificação penal. A despeito disto, Torcato (2016) afirma que a lei que criou os crimes hediondos (lei nº 8.072/1990) provocou forte impacto social, tendo contribuído para multiplicação da população carcerária do Brasil e para a ampliação da violência contra os reclusos e seus familiares, assim como para a consolidação do crime organizado.

Na década de 1980, ainda no período de redemocratização, a legislação brasileira sobre drogas passou por novas configurações, dentre as quais destacamos a criação dos órgãos que passaram a atuar na governança das políticas sobre drogas no Brasil: Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), totalmente alinhados com o paradigma proibicionista e com as convenções internacionais. Esses órgãos foram instituídos através do Decreto nº 85.110/1980, sendo o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes composto por órgãos de entidades públicas com competências assim distribuídas:

I - o Conselho Federal de Entorpecentes, como órgão central: “propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e 36 substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como exercitar outras funções em consonância com os objetivos definidos no art. 2º” .

II - o órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde: “exercer ação fiscalizadora, na forma estabelecida em lei, sobre os produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”. III - o órgão de repressão a entorpecentes, do Departamento de Polícia Federal: “prevenir e reprimir o tráfico e uso ilícito de entorpecentes ou substâncias que determinem dependência física ou psíquica”. IV - o Conselho Federal de Educação: “exercer orientação normativa e fiscalizadora de matérias concernentes aos currículos dos cursos de formação de professores e do ensino de primeiro grau, de acordo com o disposto no art. 5º e seu parágrafo único da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976”

V - o órgão de fiscalização da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda: “exercer, no âmbito de suas atribuições, a fiscalização do tráfico de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica nas fronteiras, portos e aeroportos”. VI - o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a Fundação Legião Brasileira de Assistência e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social: “prestar assistência médica e social, de acordo com o que determinam os arts. 9º, § 2º, e 10, § 1º, da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976” (BRASIL, 1980).

Na análise de Vânia Sampaio Alves (2009), apesar de o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes instituir uma estrutura político-organizacional com foco na repressão à produção, ao consumo, e ao tráfico de drogas, tal sistema sinalizou um ínfimo avanço no que concerne ao apoio à pesquisa, prevenção e assistência especializada às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No entanto, ocorreu uma centralização nas ações de coordenação, supervisão, controle e orientações normativas na responsabilidade do CONFEN, enquanto os demais órgãos estariam incumbidos de ações pontuais e também estavam submetidos à fiscalização do CONFEN.

Tal circunstância impediu o avanço na construção de uma política sobre drogas intersetorial, além disso, a referida autora (ALVES, 2009) também destaca a atuação, posteriormente, do CONFEN no apoio a programas de reabilitação social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Sua atuação foi de fundamental importância na implementação de estratégias de redução de danos desenvolvidas ao longo dos anos 1990, visto que a legislação ora vigente (lei 6.368/1976) estabelecia obstáculos ao desenvolvimento destes programas, alegando que induziam a prática do uso de drogas.

O CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), em 1998, já o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi mantido e, para auxiliar no enfrentamento das questões relacionadas às drogas foi criada, como órgão executivo do sistema, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), com a incumbência de “Coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” (BRASIL, 2002a). Observa-se que foram adotadas as nomenclaturas “antidrogas”. Alves (2009) relata que tal posicionamento por parte do Estado brasileiro se deu para mostrar em nível internacional que o Brasil se mantinha empenhado com a manutenção da política de “guerra às drogas” como uma prioridade do governo. No entanto, a SENAD foi a principal articuladora da reformulação da política sobre drogas brasileira com a mobilização de diferentes atores, a exemplo do Ministério da Saúde, que passou a construir coletivamente a nova política sobre drogas, representada pela Coordenação de Saúde Mental e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2003).

Assim, em 2002 instituiu-se a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD), através do decreto presidencial nº 4.345/2002. Tal política reuniu toda conjuntura da política sobre drogas tanto no que se refere a redução da oferta e da demanda quanto nas ações relacionadas à saúde e assistência dos consumidores. A PNAD traz propostas em seus objetivos e diretrizes como: “desenvolvimento de estratégias na **prevenção, tratamento, recuperação e reinserção**

**social, redução de danos sociais e à saúde**, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas” (BRASIL, 2002a, grifos nossos).

É válido destacar que a PNAD foi fruto da participação brasileira na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 7 de junho de 1998, momento em que o país reafirmou o compromisso em eliminar o “flagelo representado pelas drogas” do território nacional por meio da municipalização das ações de enfrentamento (BRASIL, 2002a). Tal legislação traz o “uso indevido de drogas” como uma “séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades” e como um de seus pressupostos básicos afirma que irá “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2002a). Além disso, relaciona o tráfico com a violência e a criminalidade, são nestes termos, dados na redação da política, que o Estado justifica a adoção da sua postura militarizada e repressiva, assim, compreende-se que a política permanece totalmente alinhada ao paradigma proibicionista.

Ainda que alinhada aos ideais proibicionistas, a PNAD representou a primeira legislação brasileira que inseriu práticas de “redução de danos sociais e saúde”, bem como a recuperação e tratamento comparecem expressamente como objeto de lei. É evidente que os movimentos sociais e as pressões políticas contribuíram para estas reformulações e conseqüentemente a aproximação de discursos antagônicos em uma mesma política: de um lado o proibicionismo evidente nas ações de repressão do controle e da demanda e do outro a perspectiva da redução de danos alinhados à perspectiva da saúde dos consumidores. Além disso, também foram realizadas diversas modificações na legislação, no entanto, a lei vigente (Lei n. 6.368/1976) não chegou a ser revogada, e com relação à redução da oferta permaneceu sendo conduzida por ações militarizadas e repressivas.

Conforme observamos, é a partir dos anos 2000 que se inicia um movimento favorável ao reordenamento da legislação brasileira sobre drogas. A atenção à saúde das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas toma amplitude e passa ocupar espaço central nos debates acerca desta política, dando abertura para a construção de novas formas de assistência, ainda que contraditoriamente ao viés da segurança pública, em que o proibicionismo ocupa o papel central. À vista disso, em 2005, mediante a aprovação da Resolução nº 3/GSIPR/ CH/CONAD de 27 de outubro de 2005, institui-se a Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2005a). Nota-se um novo posicionamento com relação aos títulos das políticas, assim como da nomenclatura dos setores governamentais relacionados às drogas, o termo “antidrogas” foi, durante os anos

dois mil, progressivamente substituído por “sobre drogas” denotando uma nova compreensão acerca da temática.

Entretanto, mesmo com a adoção do termo “sobre drogas”, a legislação manteve o objetivo de “atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2005a). A nova Política Nacional Sobre Drogas estruturou-se em cinco eixos principais: 1. Prevenção; 2. Tratamento, recuperação e reinserção social; 3. Redução de danos sociais e a saúde; 4. Redução da oferta; 5. Estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2005a). Dos eixos estruturantes desta política destacamos um maior enfoque na redução de danos e “promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos”, bem como o compromisso com a construção de uma rede de assistência à saúde de pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas.

Também foi possível observar uma reestruturação das ações relacionadas ao combate às drogas, dando lugar a construção dos conselhos em todos os níveis federados a fim de promover a descentralização das ações e a participação social. Outro aspecto importante que comparece na Política Nacional Sobre Drogas de 2005 é o incentivo a estudos e pesquisas a fim de construir conhecimento científico e epidemiológico que subsidie o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento e que os dados sejam publicizados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) (BRASIL, 2005a). Destarte, possibilita-se uma compreensão de que a questão das drogas é um fenômeno multidimensional, suas complexidades não incidem exclusivamente do consumo, mas, também, englobam aspectos sociais e econômicos que necessitam de políticas intersetoriais para responder às suas demandas. Desse modo, verifica-se a construção de uma política que visa conciliar distintos modelos de intervenção na questão das drogas, norteadas tanto pela redução de danos no que tange ao tratamento, prevenção e estudos, quanto pelo proibicionismo no que concerne à redução de oferta.

As leis nº 6.368/1976 e 10.409/2002 somente foram revogadas em agosto de 2006, quando foi aprovada a “nova lei de drogas” de nº 11.343, a qual “prescreve medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito” e, além disso, define crimes e dá outras providências (BRASIL, 2006). A lei nº 11.343/2006 também instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) o qual visa “articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas a prevenção do uso indevido e atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas” (BRASIL, 2006).

Ainda acompanhando a hegemonia proibicionista, a “nova” lei trouxe nas disposições preliminares como definição de drogas “substâncias ou produtos capazes de causar dependência” (BRASIL, 2006), mas passa a reconhecer o uso medicinal de algumas substâncias; acredita-se que esta abertura tem contribuído para o avanço da produção da cannabis para fins terapêuticos. Dentre suas principais alterações, a Lei de Drogas estabelece a diferenciação entre porte de drogas para consumo pessoal (uso) e o tráfico, bem como determina a distinção entre as figuras de traficante e do usuário de maneira que o traficante é visto como o criminoso e o usuário/dependente de drogas como “doente”, impondo-lhes diferentes propostas de enfrentamento. No que concerne à diferença entre tráfico e consumo, a normativa retirou a pena de encarceramento para o uso de drogas substituindo por: “advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviço à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (BRASIL, 2006).

Em contrapartida, a nova lei endureceu o combate ao tráfico de drogas, elevando a pena mínima de reclusão para o referido crime de três para cinco anos e também o valor da multa de antes seria de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) e passou a ser de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos). Nas análises de Bokany (2015) e Brites (2017), o enquadramento por tráfico de drogas contribuiu diretamente para a elevação das taxas de encarceramento no Brasil. As autoras também apontam que distinção entre traficante e usuário gerou uma relativa despenalização do uso, no entanto, de forma arbitrária, visto que a lei não deixa claro a quantidade de substância que configura uso ou tráfico. Esse fato também implicou no robustecimento do sistema penitenciário, já que fica a cargo da autoridade policial a interpretação do cenário e instauração do inquérito, podendo aumentar o rigor policial e podendo criminalizar maior número de pessoas (FIORE, 2012).

Reflexo disso está nos números apresentados pelo Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) sobre a população carcerária brasileira, que em 2022 ultrapassou a marca de 837.000 pessoas encarceradas. Os crimes relacionados às drogas<sup>8</sup> consistem no segundo tipo penal que mais encarcera no país, sendo o primeiro os crimes contra o patrimônio. Posto isto, existem mais de 210.000 homens e mulheres reclusos enquadrados na lei de drogas, representando cerca de 28% da população carcerária do país, esses dados levam o Brasil a ocupar o Ranking do terceiro país que mais encarcera pessoas no mundo (BRASIL, 2023a).

---

<sup>8</sup> Os crimes previstos nas leis nº 6.368/76 revogada e ajustada pela 11.343/06 são tráfico de drogas, associação para o tráfico e tráfico internacional de drogas e são caracterizados como “crimes de drogas”

Já na perspectiva do tratamento, de acordo com Campos (2018), o modelo adotado pela Lei de Drogas foi o médico-social-preventivo, visto que, além da punição, a lei incorporou o discurso médico para o campo do cuidado e prevenção, em que estabeleceu penas alternativas para os usuários, menos estigmatizantes, e oferecem métodos de tratamento que visem reduzir riscos e danos causados pelas drogas tanto a saúde dos usuários quanto a sociedade, promovendo a reinserção social.

Ressaltamos que, nem todo consumo de substância psicoativa é prejudicial aos usuários e a sociedade, há uma demonização do uso de substâncias psicoativas pela qual se propaga que o uso de drogas é totalmente maléfico. No entanto, esta é uma informação disseminada equivocadamente, pois não são todas pessoas que fazem uso de SPAs desenvolvem transtornos associados ao uso e desempenham suas funções pessoais e sociais naturalmente.

Na redação do novo dispositivo legal, lei 13.840/2019, busca-se fomentar o tratamento em serviços de saúde inseridos no território com a equipe multiprofissional e participação da família dos usuários, deste modo, a responsabilidade pelos usuários de substâncias psicoativas são transferidas do campo do sistema de justiça para o da saúde. Porém, a rede de cuidado proposta não se limita ao sistema de saúde, a lei dá margem para atuação de dispositivos privados e não governamentais, dando abertura para atuação de instituições de caráter asilar, como as comunidades terapêuticas, posto que em sua seção VI trata-se do “Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora” (BRASIL, 2019).

Entretanto, observa-se que há antagonismo nas práticas adotadas pelos sistemas de saúde e de justiça, visto que o primeiro prioriza a redução de danos, estando alinhado às reformas Psiquiátrica e Sanitária, e o último é hegemonicamente proibicionista, criminalizador e punitivo. A mesma legislação demandando a atuação de diferentes políticas de forma autônoma, nas palavras de Brites (2017, p. 137), é uma tentativa de conciliar o inconciliável, ou seja, é inviável articular proibicionismo e saúde coletiva, nesse sentido, a intersectorialidade entre as políticas previstas na lei também são inviabilizadas (BRITES, 2017).

Tal relação antagonica tornou-se mais acentuada com as mudanças realizadas na Lei de Drogas, através da Lei nº 13.840/2019, a qual produziu alterações na lei nº 11.343/2006, também no que tange os cuidados com a saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Em decorrência destas alterações foi retirado o protagonismo da redução de danos, pois foi dado enfoque na atuação das comunidades terapêuticas para fins de tratamento e acolhimento. Um paradoxo com relação à internação trazido pela Lei nº 13.840/2019 é que em seu Art. 4º, seção IV, § 9º dispõe que: “É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras” (BRASIL, 2019). Porém, traz uma seção tratando do

“acolhimento” nessas instituições, que nada mais é do que uma forma de institucionalizar as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pois o acolhimento realizado por este tipo de instituição é geralmente de caráter asilar. A respeito da atuação destas, analisaremos posteriormente.

Compreendendo que os marcos normativos das políticas sobre drogas estão estruturados em três principais instrumentos normativos, sendo: a política Nacional sobre drogas, a lei Federal nº 11.343/2006, com as alterações trazidas pela Lei n. 13.840/2019; a política Nacional sobre drogas também regida pela Lei n. 13.840/2019 e a política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas<sup>9</sup> redefinida e ampliada pela portaria nº 2.197.2004, de modo que as duas primeiras já tratamos neste texto, o próximo documento que iremos discutir refere-se a política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde e suas normas correlatas, analisaremos também como estas se articulam com as normativas ora discutidas.

#### **4.2 Política nacional sobre drogas e a política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**

Conforme fora discutido de modo mais abrangente no primeiro capítulo deste trabalho, as políticas de saúde mental no Brasil passaram a ser construídas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Aqui, observamos as transformações e desafios postos para as políticas de saúde mental voltadas especificamente à população com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. É sabido que as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas são historicamente marcadas pela ausência de cuidado e foram progressivamente incluídas nesse arcabouço assistencial, a partir da compreensão de que as drogas teriam se tornado um problema de saúde pública, de modo que o uso abusivo gera danos sociais e à saúde dos consumidores (BRASIL, 2004). Nesse contexto, abrimos um parêntese para esclarecer que não é o uso de drogas em si que gera essas consequências amplamente midiaticizadas, visto que existem diversos tipos de drogas e os efeitos que estas produzem também são distintos, assim como existem diferentes padrões de uso.

Nesta esteira, vale esclarecer que os padrões de uso estão relacionados ao grau de relação do sujeito com a substância, ou seja, a quantidade consumida, bem como os efeitos que estas produzem no organismo, tais circunstâncias estão permeadas por diversos fatores

---

<sup>9</sup> Esta política foi construída no âmbito da saúde mental em 2003 por meio do documento “A política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2003).

biopsicossociais. Segundo a SENAD, existem cinco principais padrões de consumo de substâncias psicoativas: uso experimental, uso recreativo, uso controlado/social/funcional, uso nocivo/abuso e dependência.

De acordo com Barreto Neto (2013) e com a SENAD (BRASIL, 2010b), o uso experimental corresponde ao padrão de consumo em que a relação do sujeito com a substância não ocorre de forma frequente, são consumos de formas pontuais que acontecem no máximo três vezes ao longo da vida; o uso recreativo ocorre de forma esporádica, geralmente em grupo que vivencia momentos de lazer; o padrão controlado/social/funcional é aquele que feito com regularidade, mas não interfere na funcionalidade social do indivíduo, pois, segundo o autor, esse tipo de consumo é socialmente aceitável e não leva a dependência; já o uso nocivo/abuso e a dependência são padrões que trazem maiores riscos e danos à saúde do usuário. Este padrão de uso é registrado como doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), código F19.1. Dessa forma, as políticas de saúde mental estão prioritariamente voltadas para as pessoas que desenvolvem estes dois últimos padrões de uso.

Nesse sentido, compreendemos que o rigor da política criminal acerca das drogas tem muito mais a ver com questões sociais e culturais estruturantes da nossa sociedade do que com o consumo de substâncias psicoativas propriamente dito. Os danos supostamente causados pelo uso de drogas expostos pelo Estado e pela grande mídia não afetam uniformemente toda população, majoritariamente, estão atrelados às pessoas em situação de vulnerabilidade social e que fazem uso abusivo de tais substâncias. Também temos que ressaltar que para a mídia e alguns setores da sociedade não são todas as drogas que são demonizadas, prega-se que o “mal” social está ligado ao crack e a maconha, ou seja, as drogas classificadas como ilícitas e consumidas por pessoas com menor poder aquisitivo. Assim, buscamos compreender como a política sobre drogas e a política de saúde especificamente saúde mental tem viabilizado respostas para o segmento (os usuários) (FRUTUOSO; RONZANI; COSTA, P., 2020).

De acordo com o que já expomos neste trabalho, a lei 10.216/2001 é considerada o marco da política de saúde mental brasileira. A normativa pretende reordenar a assistência para pessoas em sofrimento mental, incluindo aquelas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, entretanto, dando abertura para construção de uma atenção especializada para esta população, contemplando suas reais necessidades. A construção de uma política que atendesse as demandas específicas dos usuários de substâncias psicoativas também foi uma deliberação da III CNS, realizada em 2001.

No entanto, almejava-se um projeto de política que não estivesse concentrado apenas na esfera do sistema de saúde, visto que, a “questão” das drogas é multifatorial. Por essa razão,

viu-se a necessidade de uma política transversal que atue de forma intersetorial e multidisciplinar e esteja alinhada aos princípios e diretrizes da política de saúde mental oficial estabelecida pela lei 10.216/2001. Assim, o Ministério da Saúde passou a delinear uma rede psicossocial a partir de publicação de portarias, as quais foram progressivamente desenhando a rede de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial ou abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001).

Nessa conjuntura, conforme apontamos no primeiro capítulo deste trabalho, iniciou-se a configuração de uma rede pensada para assistir às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, formada por um conjunto articulado de dispositivos, práticas e saberes que atenderão os usuários em sua integralidade, respeitando suas subjetividades e promovendo o resgate da autonomia de maneira ética (GODOY, 2014). Observamos também que os CAPS passaram a ser implementados no Brasil como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos ao longo dos anos 1990.

A portaria GM/MS nº 336/2002<sup>10</sup> estabeleceu que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002c). A mencionada portaria definiu portes diferenciados para tais serviços, determinando a implementação a partir de critérios populacionais como também criou os critérios de financiamento. Essa legislação também definiu novos dispositivos específicos para os segmentos de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Nesse sentido, em 20 de março de 2002, também foi emitida a portaria SAS nº 189, a qual regulamenta a portaria anterior (nº 336) e cria no âmbito do Sistema Único de Saúde serviços de atenção psicossocial para desenvolvimento de “atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas”. Denominando-os de CAPSad, com capacidade operacional de cobertura assistencial para municípios acima de 100.000 habitantes e com funcionamento em dois turnos e disponibilidade de 02 a 04 leitos para desintoxicação e repouso de usuários (BRASIL, 2002c).

A referida portaria também inseriu novos procedimentos na tabela do SIA-SUS, que é o sistema utilizado por gestores Municipais e Estaduais para registrar informações de atendimentos ambulatoriais e que também define os valores a serem pagos por cada procedimento/atendimento. Também possibilita a ampliação do financiamento dos serviços que prestem acompanhamento em saúde mental de modo não intensivos, semi-intensivos e

---

<sup>10</sup> Conforme demonstrado no quadro 3 do primeiro capítulo deste trabalho.

intensivos para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002c). Neste contexto de estabelecimento de repasses financeiros, ainda não se incluíam as instituições de “suporte social” como as comunidades terapêuticas (CTs), os critérios estabelecidos na portaria eram exclusivamente voltados para CAPS.

Em abril de 2002, foi publicada a portaria GM/MS nº 816/2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, promovendo atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas. Através de ações desenvolvidas nas três esferas de governo e da implementação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares articulados com a rede de atenção psicossocial, a fim de atender de forma integral os pacientes e seus familiares com ênfase na reinserção social. O documento tem como objetivo Capacitação de Recursos Humanos da rede SUS para os Serviços de Atenção aos Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas e também define as competências de cada ente federado e as estratégias de implementação do programa em nível nacional (BRASIL, 2002). Já as portarias SAS/MS nº 305 e a portaria GM/MS n.º 817, publicadas na mesma data, a primeira regulamenta as normas de funcionamento e cadastramentos dos CAPSad, a segunda, por sua vez, atualiza a tabela de procedimentos e valores cobrados no âmbito do SUS por atendimento inserindo o “tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes em síndrome de abstinência decorrente do uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e Drogas” (BRASIL, 2004).

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas buscou implementar a assistência aos usuários de substâncias psicoativas de forma descentralizada e territorializada. Priorizando os serviços extra-hospitalares, desde os serviços da atenção básica, os CAPS e os programas de saúde família como porta de entrada ao tratamento ofertado pelo SUS, de modo que além do usuário, a família também seja contemplada no processo de cuidado.

Dessa forma, compreende-se que esses encaminhamentos para construção de uma nova política de saúde mental para pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas a partir da normatização, estruturação e regulamentação de funcionamento dos serviços substitutivos são considerados inovadores. No entanto, a redefinição da assistência para pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas vai além da promulgação de leis, planos, programas e projetos. Assim, faz-se necessário a implementação de políticas públicas efetivas e formação de recursos humanos que no exercício cotidiano consigam atuar

com estes usuários de forma ética e pretende compreender a realidade subjetiva de cada sujeito, a fim de atender suas reais demandas de forma integral e humanizada. É também partindo desse pressuposto que foram desenvolvidos programas de formação profissional como está previsto na portaria nº 816/2002 (BRASIL, 2004).

O documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” publicado em 2003, e atualizado em 2004, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), reafirmou o uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e que o SUS tinha um “atraso histórico” na responsabilidade da assistência para essas pessoas. Também reconheceu a trajetória e a importância da redução de danos, apontou que as ações anteriores para este segmento visavam apenas a abstinência, mas que é possível se construir uma nova perspectiva de cuidado para esta população a partir de políticas públicas integradas e da responsabilidade compartilhada com cada esfera governamental.

O texto também aponta que o caráter multifatorial e os principais fatores que reforçam a exclusão social de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas são:

1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão-de-obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da "cadeia organizacional do mundo das drogas" é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção. (BRASIL, 2004, p. 25)

Considerando também que os consumidores têm características e necessidades distintas, e estas singularidades exigem:

necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da **lógica ampliada de redução de danos**, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 6, grifo nosso).

A partir dessas concepções, o texto oficial apresenta as diretrizes para implementação da Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas que garantam como direito dos usuários o acesso aos serviços e à participação do usuário em seu tratamento, quais sejam: Intersetorialidade e Atenção Integral que se divide nos eixos de Prevenção e Promoção e

Proteção à Saúde de Consumidores de Álcool e outras Drogas. A intersetorialidade visa desenvolver ações de forma articulada com a sociedade civil, movimentos sociais e demais políticas públicas a partir da inserção e financiamento dos mecanismos implementados pelo SUS em todos os níveis de governabilidade, descentralização das atividades e formação profissional (BRASIL, 2004).

Já para atenção integral, requer ações que busquem a mudança de comportamento e de crenças com relação à temática, para que seja possível a execução das ações de prevenção e ampliação de serviços, incluindo a revisão da lei de drogas que no período de implementação da política ainda vigorava a lei nº 6.368/1976. No campo da prevenção, pretende-se superar o estigma e preconceito impostos aos usuários de psicoativos observando os fatores de risco e de proteção inseridos no contexto social, empenhando-se no desenvolvimento de ações preventivas que facilitem a “promoção da atenção global aos indivíduos, melhorando o seu acesso a dispositivos de cuidados e à rede de suporte social existente em seu território; devem também facilitar a sua inserção e integração comunitárias, encontrando o seu campo legítimo de atuação na comunidade” (BRASIL, 2004, p. 30). A promoção da saúde, por sua vez, é planejada a partir da incorporação da redução de danos como medida de saúde pública e a descriminalização do uso de drogas.

No campo da prevenção também foram definidas ações no que tange o controle das substâncias, as substâncias lícitas passíveis de causar dependência, dos medicamentos psicotrópicos, utilizados pela medicina, passaram a ser reguladas pelo Ministério da Saúde como competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Foram estabelecidos critérios para fabricação, distribuição, prescrição e venda, como também regulação dos estabelecimentos responsáveis pela venda e distribuição de substâncias e medicamentos submetidos a controle especial no Brasil, dos quais boa parte foram definidos na Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico de Entorpecentes e Psicotrópicos, realizada em 1988 (BRASIL, 2004).

Além das substâncias psicoativas tidas como ilícitas, a política também destaca o álcool como um grave problema de saúde pública. O álcool é tido como uma substância psicoativa lícita, no entanto, registra-se que o consumo abusivo/dependência ocasiona sérios agravos à saúde e à sociedade mundial. Nessa perspectiva, os dependentes do álcool também necessitam ser incluídos na política de prevenção e tratamento, sendo assim, deve-se:

Repensar as formas de cuidar destas pessoas deve contemplar formas de intervenção precoce, dentro de uma perspectiva lógica de redução de danos, o que teria impacto

altamente positivo sobre a carga global de problemas e sobre o custo direto e indireto associado ao consumo de álcool. (BRASIL, 2004, p. 18).

O texto indica que as internações e problemas de saúde apresentados por consumidores de álcool são cerca de quatro vezes mais onerosos ao sistema de saúde do que com relação aos consumidores de substâncias ilícitas. Nesse sentido, inclui-se também a assistência aos consumidores de álcool, assim como de seus familiares, na política de atenção integral para que possam usufruir de medidas preventivas, atenção integral, em todos os níveis de complexidade, estabelecendo também Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem-estar Causados pelas Bebidas alcoólicas, alertando sobre os malefícios provocados pelo consumo do álcool indicando também o controle de propaganda, venda e distribuição, restringindo a venda destes produtos as pessoas maiores de 18 anos (BRASIL, 2004).

É nesse cenário de redefinições que foi publicada a portaria nº 2.197 em 14 de outubro de 2004, a qual “redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências” (BRASIL, 2004). A normativa estabelece efetivamente o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS e institui como principais componentes e responsabilidades, objetivos e características do seguinte modo:

#### Quadro 5 – Componentes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

Componente	Definição	Característica/objetivo
<p><b>I - componente da atenção básica:</b></p>	<p>Refere-se à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em unidades de atenção básica, ambulatorios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros dispositivos de cuidados possíveis, no âmbito da atenção básica,</p>	<p>I - atuação articulada ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser implicada a rede de cuidados em DST/AIDS;</p> <p>II - atuação e inserção comunitárias, em maior nível de capilaridade para ações como detecção precoce de casos de uso nocivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, de forma articulada a práticas terapêuticas/preventivas/educativas, tais como aconselhamento breve e intervenções breves voltadas para a redução ou o cessar do consumo, contemplando ainda o encaminhamento precoce para intervenções mais especializadas, ou para a abordagem de complicações clínicas e/ou psiquiátricas decorrentes de tal consumo; e</p> <p>III - adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades</p>

<p><b>II - componente da atenção nos CAPS-AD</b></p>	<p>ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; ambulatórios e outras unidades especializadas, objeto do inciso II, do artigo 2º desta Portaria, obedece a uma lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral,</p>	<p>I - oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de acolhimento, atenção integral (práticas terapêuticas/preventivas/de promoção de saúde/educativas/de reabilitação psicossocial) e estímulo à sua integração social e familiar;</p> <p>II - inserção comunitária de práticas e serviços, os quais devem atender a uma população referida a um território específico; III - funcionamento, especialmente para os CAPSad, segundo normas expressas pelas Portarias nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, nº 189/SAS, de 20 de março de 2002, nº 816/GM, de 30 de abril de 2002, e nº 305/SAS, de 3 de maio de 2002; IV - articulação de todas estas unidades ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser considerada a rede de cuidados em DST/AIDS; e</p> <p>V - adoção da lógica de redução de danos, como estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por estas unidades.</p>
--	--	--

<p><b>III - componente da atenção hospitalar de referência</b></p>	<p>define que os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad serão instalados em Hospitais Gerais</p>	<p>I - compor rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, participando do sistema de organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais, em área geográfica definida, respeitando as atribuições e competências das instâncias do SUS para a sua implantação e gerenciamento;</p> <p>II - compor, na rede assistencial, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas;</p> <p>III - atuar respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial, salvo em casos de ausência de recursos assistenciais similares, onde a clientela atendida poderá ultrapassar os limites territoriais previstos para a abrangência do serviço;</p> <p>IV - dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados;</p>
--	---	---

		<p>V - oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência;</p> <p>VI - oferecer, nas situações descritas nos incisos III e IV, do artigo 2º desta Portaria, abordagem, suporte e encaminhamento adequado aos usuários que, mediante avaliação geral, evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica; e</p> <p>VII - evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.</p>
--	--	---

<b>IV - componente da rede de suporte social</b>	(associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. inclui dispositivos comunitários de acolhida e cuidados	I - estar articulados à rede de cuidados do SUS (não sendo, porém, componentes dessa rede, mas instância complementar), são exemplos os grupos de mútua ajuda, entidades congregadoras de usuários, associações comunitárias e demais entidades da sociedade civil organizada; II - configurar, assim, estrutura complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS; e III - respeitar as determinações da Lei nº 10.216, para unidades, não componentes da rede do SUS, que trabalham com a permanência de pacientes em regime fechado
--	---	--

Fonte: Elaborado com base na portaria nº 2.197/2004 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004)

Dentre os componentes da rede do programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas podemos observar que o IV trata da “rede de suporte social”, em que dá abertura para atuação de instituições ligadas à sociedade civil e organizações não governamentais atuarem de forma complementar. É a partir dessa abertura que as comunidades terapêuticas se beneficiam para atuar ofertando supostos tratamentos para pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A falta de cobertura ideal da assistência no âmbito do SUS deixa margem para a permanência de instituições que atuam em caráter asilar e não priorizam a redução de danos, tendo como único horizonte a abstinência. Estes serviços avançaram sem nenhuma fiscalização, possibilitando o funcionamento de forma precária e violadora de direitos humanos (BARCELLOS, 2017).

A promulgação da lei nº 10.216/2001, bem como as portarias até aqui sinalizadas, compõem um leque de dispositivos relevantes para redefinição do modelo de assistência em saúde mental no Brasil. Apesar de muitos desafios culturais, políticos e ideológicos, foram registradas mudanças e avanços com relação à assistência em saúde de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Conforme discutimos em páginas anteriores, os programas de redução de danos passaram a ser implementados no Brasil a partir dos anos 1990 e eram financiados diretamente pelo Ministério da Saúde para controle da epidemia de

HIV/Aids e, conseqüentemente, prestavam cuidados à população que fazia uso de drogas injetáveis. Posteriormente, tais programas sofreram uma forte desarticulação, no entanto, a redução de danos deixou de ser um programa e, a partir de 2003, foi incorporada como estratégia de cuidado nas políticas de saúde, especificamente na saúde mental. Assim, a RD passou a ser o princípio norteador da assistência em saúde para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas em todos os níveis de complexidade.

Um fenômeno que deu maior visibilidade a essas políticas foi o aumento expressivo do consumo do crack, o que trouxe novos desafios às equipes de redução de danos implantadas ao longo dos anos 1990-2000. Devido ao aumento do consumo do crack provocou-se, pela grande mídia, um pânico na sociedade, as cenas de uso, denominadas de cracolândia, foram enfaticamente publicizadas. No entanto, o levantamento Nacional sobre o uso de Crack coordenado por Bastos e Bertoni (2014) aponta que o conceito socialmente construído a respeito das cracolândia difere do que foi encontrado no levantamento. De acordo com o estudo, estas “corresponde a uma vertente, minoritária, das cenas de uso de crack em todo o país, na maioria das vezes pequenas.” (BASTOS; BERTONI, 2014, p.18). Os referidos pesquisadores apontam também que existem diferentes cenas de uso e o consumo da substância está presente nas diversas classes sociais, assim faz-se necessário a construção de políticas públicas integradas direcionadas pela garantia de direitos.

Sob este aspecto, como forma de enfrentamento, em 2010, o então presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, implementou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas através do decreto nº 7.179/2010 “com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas” (BRASIL, 2010a). O referido plano foi fundamentado para desenvolver ações de forma integrada com as demais políticas públicas com foco no combate ao tráfico, tratamento, prevenção e reinserção social dos usuários.

O plano foi substituído, pela presidenta Dilma Rousseff, em 2011, pelo Programa “Crack, é possível vencer”, este passou a ser coordenado pelo Ministério da Justiça e estruturado em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção. Cada eixo dispunha de diretrizes que deveriam ser observadas: Eixo do Cuidado (Aumento da oferta de tratamento e Atenção aos Usuários) — Diretrizes: Serviços diferentes para necessidades distintas; ampliação da Oferta de Serviços; Rede SUS preparada para o Atendimento; Reinserção Social; Apoio integral aos usuários e famílias. O eixo prevenção, que englobou educação, informação e capacitação, dispunha das seguintes diretrizes: prevenção nas escolas; Capacitação de profissionais; disseminação contínua de informações e orientações sobre crack e outras drogas. Já o eixo

autoridade tinha como diretrizes: bases móveis (monitoramento e policiamento integrado); qualificação dos profissionais de segurança pública para atuação no Programa Crack; Operações de inteligência e Aumento de efetivo.

Assim que o Plano “Crack, é possível vencer” foi implementado, o governo federal anunciou parceria com o terceiro setor. O que significou alianças e incentivos financeiros às comunidades terapêuticas amplamente constituídas por setores conservadores ligados a doutrinas religiosas. Tal decisão provocou controvérsias diante do modelo de atenção psicossocial proposto pelo Ministério da Saúde, tornando o processo de regulamentação das CTs conflitivo, posto que não está em questão apenas a metodologia de tratamento, mas também a garantia dos direitos humanos, exercício da cidadania dos usuários, e a laicidade do Estado.

O programa supracitado adquiriu visibilidade através das “cracolândias” que consistem em cenas de uso abertas que ganharam destaque da mídia e indignação da sociedade. Principalmente das classes média e alta por sentirem-se incomodados ao contemplar tal expressão da questão social reivindicando providências ao sistema de justiça. Assim, a atenção a estes usuários ultrapassou o sistema de saúde pública e incorporaram ações de segurança pública pautada na política de “guerra às drogas” criminalizando o consumo de substâncias psicoativas e provocando o encarceramento expressivo de consumidores (BORGES; SANTOS; PORTO, 2018).

Diversos setores resistiram a constituição desta parceria e a inclusão deste tipo de instituição na assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, como profissionais da saúde, o movimento antimanicomial e outros movimentos sociais, também conselhos profissionais como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP). Defendeu-se que o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas seja mantido no âmbito do SUS, pelos serviços de base comunitária, de modo que o usuário em tratamento não seja segregado (BARCELLOS, 2017; CFESS, 2014).

A execução dos princípios orientadores da reforma psiquiátrica foi evidente até 2010, a partir desse período, a execução da política sobre drogas tomou outra direção, devido à ênfase dada à suposta epidemia de crack e em seus consumidores. Se instaura um novo arranjo político movido por interesses religiosos e pelo projeto neoliberal que deu abertura para as CTs no âmbito estatal. Outro fator importante a ser observado nesse processo de reconfiguração foi a inclusão de ações da política de saúde mental para usuários de SPAs nas pastas do Ministério da Cidadania e Ministério da justiça e segurança pública. Suscitando disputas acerca do orçamento público por diversos setores, reforçando também a disputa entre o público e o privado. A despeito disto (GUIMARÃES; ROSA, 2019) apontam que:

tende a haver uma divisão de trabalho entre as CTs e os CAPS AD, em que as primeiras ficam encarregadas de um público mais seletivo, que apresenta maior possibilidade de êxito nos resultados, o que sinalizará maior eficiência dos serviços não governamentais. De outra maneira, o SUS ficará encarregado do público refratário, que tende a apresentar respostas limitadas, requerendo maior investimento dos profissionais e do serviço na atenção psicossocial.

É possível observar os efeitos retrógrados fomentados pelo programa, visto que o eixo autoridade acentua a ação ostensiva da polícia com relação aos usuários de substâncias psicoativas. Também se identifica no referido plano práticas higienistas que defendem a internação involuntária dos usuários de crack e outras drogas, contrapondo as conquistas da Reforma Psiquiátrica. No que concerne ao tratamento, o apoio às CTs simboliza a baixa cobertura da rede de atenção e a disseminação destas instituições passam a ser justificadas pelo vazio de possibilidades e da cobertura ofertada pelo Sistema de Saúde, reforçando o exercício de práticas manicomialistas e proibicionistas (BARCELLOS, 2017; BRITES, 2017).

#### **4.3 Qual lugar das comunidades terapêuticas nas políticas públicas?**

Visto que os retrocessos contemporâneos que atravessam a política de saúde mental de atenção aos usuários de álcool e outras drogas vão além das respostas ao consumo do Crack, por englobarem aspectos políticos, econômicos e religiosos, sendo visíveis também no campo legal-normativo. Assim, as CTs são instituições majoritariamente regidas pela doutrina religiosa que reforça a lógica proibicionista, porque têm a abstinência do uso de substâncias psicoativas como único horizonte desejável, como formas de “tratamento” se utilizam de diversas abordagens terapêuticas como a Laborterapia, a convivência entre pares e práticas confessionais.

Diante da expansão da atuação precarizada das CTs que legitimam o desmonte do cuidado em saúde mental no âmbito do SUS, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) orientou que fossem estabelecidos padrões básicos de funcionamento dessas instituições, assim, a ANVISA assumiu a tarefa de regulamentar o funcionamento dessas. Com vistas a assegurar qualidade de atendimento, publicando a Resolução da Diretoria Colegiada de n.º 101/2001, a qual foi substituída pela Resolução n.º 29/2011, que “Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2011b).

A resolução aponta que o “principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de

substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares” (BRASIL, 2011b). Também determina que as instituições disponham de documentação técnica necessária ao funcionamento, estrutura adequada e profissional de referência com formação de nível superior, ficha individual do usuário devidamente preenchida, articulação com a rede de saúde, já o tempo de permanência dos usuários deve ser explicitado pelas instituições. Os documentos que visam a regulação de CTs não as reconhecem como serviços de saúde, mas como acolhedoras, no entanto, é contraditório quando a Resolução nº 29/2011 da ANVISA exige alvará sanitário dessas instituições semelhantes aos que são exigidos para os serviços de saúde tradicionais, contexto que deslegitima a atuação desses serviços na rede de atenção psicossocial.

A resolução nº 29 não se refere expressamente as instituições como “comunidades terapêuticas”, e a título de esclarecimentos foi publicada Nota Técnica Nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA que se refere a “Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins” (BRASIL, 2013). O referido documento reconhece que a atuação de CTs no Brasil antecede a criação de políticas públicas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, reafirma a necessidade de técnico responsável e a necessidade de articulação com os serviços de saúde mediante avaliação prévia do quadro do acolhido.

O marco regulatório das CTs no âmbito do sistema de justiça esteve fundado na Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas” (BRASIL, 2015a). Foi editada sem modificar a resolução nº 29/2011 da ANVISA, no entanto, considera que “as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa **não são estabelecimentos de saúde**, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social” (BRASIL, 2015a, grifo nosso).

A resolução nº 01/2015, além de representar sérios retrocessos ao permitir acolhimento por até 12 meses, contrapondo a lei 10.216/2001, também possibilita a transferência de recursos públicos para CTs. Após reação de diversos setores da sociedade, tal resolução foi suspensa, por ação do Ministério Público Federal, através da Resolução CONAD nº 3, de 30 de agosto de 2016, revogada posteriormente, contudo, as comunidades terapêuticas continuaram avançando e ocupando espaço no financiamento público.

Em nota, em 2014, o CFESS por meio do documento “Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate” se posicionou contrário à regulamentação das CTs pelo governo federal, afirmando que:

As unidades de acolhimento não têm condições sequer de realizar a avaliação inicial para efeito de acolhimento, de acompanhar ou tratar pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou delas são dependentes, visto que não têm equipe especializada. Nesse sentido, nos perguntamos com que finalidade o Estado destinará recursos para estas unidades acolherem pessoas que, pelo seu perfil epidemiológico, deveriam ser tratadas nas unidades de saúde? A maioria dos casos de dependência química necessita de avaliação médica, então, porque não adensar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliar o tratamento dos/as usuários/as de drogas no âmbito do SUS? Por que não destinar o financiamento que se pretende repassar às “Comunidades Terapêuticas” para a ampliação da RAPS, que trabalha na lógica da atenção psicossocial e da desconstrução da lógica manicomial? (CFESS, 2014).

Conforme exposto no primeiro capítulo deste trabalho, a consolidação de RAPS e dos princípios da Reforma Psiquiátrica representaram avanços na assistência em saúde mental das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No entanto, o avanço do conservadorismo tem posto grandes desafios ao funcionamento de tal rede. Pode-se constatar que nos últimos anos o financiamento de CTs aumentou vertiginosamente enquanto a RAPS se encontra cada vez mais precarizada (CONNECTAS; CEBRAP, 2022; COSTA, P., 2020).

Ao observarmos a legislação percebemos que as CTs foram inseridas em diversas políticas como alternativa de tratamento e de enfrentamento às drogas e comparecem tanto na oferta de serviços no campo da saúde mental, na Política Nacional sobre Drogas como nas ofertas de serviços de acolhimento no campo da assistência social. Estas instituições estão em um campo de indeterminação em que não sabemos ao certo se oferecem “tratamento” ou acolhimento. Ao analisar o tratamento jurídico dado às CTs, a CONNECTAS e o CEBRAP trazem a distinção entre “Comunidades Terapêuticas de Tratamento” e “Comunidades Terapêuticas de Acolhimento” da seguinte forma:

As Comunidades Terapêuticas de Tratamento são entidades de saúde, de natureza médica, que atuam como instituição de saúde, sendo parte integrante da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial e sujeitando-se ao cadastro no CNES/MS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde e às normas da ANVISA e do Conselho Federal de Medicina relacionadas aos estabelecimentos de saúde; já as Comunidades Terapêuticas de Acolhimento são entidades atuantes na Política Nacional de Drogas, que não se caracterizam como instituição de saúde nem de assistência social, mas são consideradas como serviços de interesse para a saúde, sujeitando-se ao cadastro no Sistema de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT) na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) do Ministério da Cidadania, às normas da ANVISA que tratam de acolhimento de usuários de drogas em serviços não vinculados à saúde e às Resoluções do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD); (CONNECTAS; CEBRAP, 2022, p. 46).

No que se refere a política de saúde, as CTs foram introduzidas na RAPS pela Portaria MS nº 3.088, de 2011 e definidas como “serviço de saúde de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011a). Tais propostas de tratamento estão em dissonância com os princípios da RP. Além disso, em 2012, o governo federal passou a financiar leitos em comunidades terapêuticas e inserir essas instituições na RAPS, por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, na qual as CTs são entendidas “como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial” (BRASIL, 2012). Essa especificidade do tal “regime residencial” também oportunizou outras fontes de financiamento para CTs, a exemplo o Ministério de Desenvolvimento Social.

Sobretudo, a Portaria nº 131/2012 prevê incentivo financeiro para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltadas para pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Ademais, os recursos que deveriam ser destinados para o fortalecimento dos serviços substitutivos passaram a ser disputados com este tipo de instituição que, assim como os hospitais psiquiátricos, são ambientes violadores de direitos humanos<sup>11</sup> e não tem eficácia cientificamente comprovada em seu modelo de tratamento (TOLEDO; COUTINHO; BASTOS, 2020), isto infere em um desfinanciamento da rede de atenção em detrimento do alto índice de investimento nestas instituições (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

O ápice do retrocesso na política sobre drogas expressou-se nas alterações realizadas na Lei de Drogas e na Política Nacional sobre Drogas, em 2019, sob o governo de Jair Bolsonaro, que adotou o financiamento público de CTs como uma política pública, desconsiderando os efeitos exitosos da redução de danos e da política de saúde mental. As CTs foram inseridas na Política Nacional sobre Drogas mediante Decreto 9.761/2019, o qual traz como terceiro objetivo:

Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, **com tratamento, acolhimento em**

---

<sup>11</sup> As violações de direitos humanos perpetradas por essas instituições acontecem constantemente, a exemplo da Ct localizada no rio de Janeiro que mantinha mais de 60 pessoas privadas de liberdade conforme notícia publicada na Agência Brasil em 07/09/2023. Disponível em: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-09/prf-e-mp-resgatam-internos-em-comunidade-terapeutica-no-rj#:~:text=A%20Pol%C3%ADcia%20Rodovi%C3%A1ria%20Federal%20\(PRF,na%20regi%C3%A3o%20metropolitana%20do%20Rio](https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-09/prf-e-mp-resgatam-internos-em-comunidade-terapeutica-no-rj#:~:text=A%20Pol%C3%ADcia%20Rodovi%C3%A1ria%20Federal%20(PRF,na%20regi%C3%A3o%20metropolitana%20do%20Rio).

**comunidade terapêutica**, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade. (BRASIL, 2019, grifo nosso).

As alterações trazidas pela “nova lei de drogas” simbolizam um retrocesso no processo de Reforma Psiquiátrica ao idealizar uma sociedade livre de substâncias psicoativas. Pautar a abstinência como principal objetivo, fomentar comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos como preferência no tratamento, fortalecendo a lógica manicomial de internações, principalmente internações compulsórias, em que retiram os indivíduos do convívio social, privando-os de exercer o direito de ir e vir, submetendo-os a internações de longa duração em regime fechado e desprezando a política de redução de danos (QUEIROZ; ASSIS; MARTINHAGO, 2022).

A alteração na lei ainda traz como diretriz o estímulo e apoio, inclusive financeiramente, do exercício e da estruturação de comunidades terapêuticas. Em 2021, as CTs também foram incluídas como entidades beneficentes da assistência social por meio da Lei Complementar nº 187/2021, tornando-as elegíveis ao Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS). A lei as insere na seção das “instituições que atuem na redução da demanda de drogas” (art. 32), esclarecendo, nos incisos I que estas alcançam “I - as comunidades terapêuticas”. Neste ato normativo as CTs são definidas no Art. 32. § 2 como:

o modelo terapêutico de atenção em regime residencial e transitório, mediante adesão e permanência voluntárias, a pessoas com problemas associados ao uso, ao abuso ou à dependência do álcool e de outras drogas acolhidas em ambiente protegido e técnica e eticamente orientado, que tem como objetivo promover o desenvolvimento pessoal e social, **por meio da promoção da abstinência**, bem como a reinserção social, buscando a melhora geral na qualidade de vida do indivíduo. (BRASIL, 2021, grifo nosso).

O relatório do CONECTAS; CEBRAP (2022) também aponta que as CTs não se caracterizam como instituições de assistência social, pois suas atividades não estão previstas no rol de serviços de tal política expresso no âmbito do Sistema Único de Assistência Social nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109/2009. O que significa dizer que foi criada uma nova categoria para CTs estarem imunes às contribuições tributárias e sociais. No entanto, pela dupla natureza destas, as que são denominadas como “comunidade terapêutica de tratamento” podem ser elegíveis ao CEBAS como serviço de saúde. Ademais, a inclusão das CTs no CEBAS as tornam isentas de tributos e no caso das CTs devem ser voluntárias e sem fins lucrativos, podendo ser registradas como “associação, fundação ou ainda de instituição religiosa”.

A respeito das CTs o CNAS se pronunciou em 2021 através de um parecer, esclarecendo que:

As comunidades terapêuticas e as entidades que atuam na redução da demanda por drogas não integram o Sistema Único de Assistência Social e as ações realizadas com esse objetivo não são consideradas como serviços, programas e ou projetos socioassistenciais. Consequentemente, não podem ser inscritas nos Conselhos de Assistência Social dos municípios ou do Distrito Federal, com essa oferta. Dessa forma, tais organizações não devem ser confundidas com Organizações da Sociedade Civil (OSCs) da política de assistência social, caracterizadas nos termos da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS e da regulamentação pertinente, já citada. Diante do exposto, este Conselho Nacional de Assistência Social orienta que os Conselhos Municipais ou do Distrito Federal que já inscreveram essas entidades com o referido serviço devem cancelar as inscrições.” (CNAS, 2021).

Posteriormente, em setembro de 2022, o CNAS emite esclarecimento sobre as inscrições de comunidades terapêuticas reafirmando o posicionamento anterior ressaltando que:

Serviços de cuidado, de prevenção, de apoio, de mútua ajuda, de atendimento psicossocial e de ressocialização de dependentes do álcool e de outras drogas e seus familiares, **não fazem parte do SUAS**, desta forma as Comunidades Terapêuticas, não podem ter inscrição nos Conselhos Municipais de Assistência Social, **como Entidades[.]** o CNAS evidencia que para as Comunidades Terapêuticas cabe a inscrição de Serviços, Programas e Projetos Socioassistenciais quando houver, e **não da entidade**. (CNAS, 2022, grifos nossos).

Nessa conjuntura, percebemos outro contraponto relativo a estas instituições, geralmente, se denominam como instituições sem fins lucrativos, mas além do incentivo financeiro federal, para as CTs que não são beneficiadas com estes, de onde advém os recursos para manutenção? Exploração do trabalho dos acolhidos, doações ou cobrança por internação? Não sabemos ao certo, no entanto, percebe-se que estas não beneficiam em nada seus usuários e o tratamento que propõem para as pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas são consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência.

Diante desse cenário, é evidente que a efetivação das políticas de saúde mental para usuários de álcool e drogas enfrenta múltiplos desafios, tendo em vista que esse público é permeado pelo estigma e pela criminalização. Cavalcanti e Batista (2020, p. 85) analisam que:

enquanto houver a criminalização de determinados entorpecentes, não será possível a discussão de políticas públicas de saúde para essa temática, seja porque o proibicionismo acarreta a falta ou a dificuldade de informação acerca destas substâncias, seus efeitos e como se dá seu consumo, ou seja porque os seus usuários ainda continuam sendo criminalizados (apesar de não penalizados), dificultando o acesso às vítimas deste consumo prejudicial à saúde por sua intimidação e silenciamento.

A Partir de 2023, com o novo governo e a transição na configuração política no Brasil, abriu-se um contexto de expectativas por mudanças nas políticas públicas. Principalmente no campo da saúde mental, reconstrução da RAPS e fortalecimento do financiamento da política de saúde mental de base territorial, incluindo os usuários de substâncias psicoativas. Pois a transição governamental foi marcada pela presença de diversos atores sociais e pela proposta de diálogo entre trabalhadores e usuários para construção das políticas que atendam as demandas da população brasileira. Uma política, intersetorial, multidisciplinar e inclusiva para atenção à dependência química foi uma das propostas de campanha do presidente Lula.

Contraditoriamente, no primeiro mês de governo, foi criado um departamento de apoio às comunidades terapêuticas, no organograma do Ministério do Desenvolvimento e Assistência social, Família e Combate à Fome, através do Decreto presidencial nº 11.392/2023. Mantendo o espaço de atuação destas instituições e com destinação de mais de R\$ 200 milhões em recursos a fim de “reduzir a oferta de drogas”. Na verdade, a permanência das CTs no rol de políticas públicas trata-se de manutenção de jogo de poder para atendimento às demandas do empresariado, da bancada dos evangélicos fundamentalistas e de setores aliados ao modelo manicomial e proibicionista como: segurança pública, liberais, médicos e psiquiatras que ocupam boa parte do Congresso Nacional. A criação de tal departamento foi motivo de frustração das expectativas de usuários, militantes e profissionais e provocou mobilização de diversos setores e movimentos sociais, os quais se posicionaram de forma contrária à manutenção da relação da então gestão com as CTs.

Setores comprometidos com a reforma psiquiátrica antimanicomial manifestaram-se contrárias à permanência do apoio a atuação das CTs, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que através da recomendação 01/2023, se posicionou contrário à criação de tal departamento e sugerindo ao Ministério da Saúde que promova o financiamento e fortalecimento dos CAPS AD, Consultório na rua, unidades de acolhimento e a reestruturação da RAPS. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também publicou nota de repúdio apontando que:

É paradoxal que seja criado um departamento cuja função específica é dar apoio a um dispositivo asilar como as chamadas comunidades terapêuticas que, nos últimos anos, tem sido alvo de diversas inspeções que produziram relatórios apontando graves violações de direitos humanos. (ABRASME, 2023).

Após pressão por parte da sociedade civil, movimentos sociais e organizações, o governo federal alterou o nome do departamento, substituindo-o por “Departamento de

Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas” (BRASIL, 2023), por meio do decreto nº 11.634 de 14 de agosto de 2023 (BRASIL, 2023a), o novo departamento tem como competências:

I-assessorar e assistir o Ministro de Estado, no âmbito das competências do Ministério, quanto às ações do Governo e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas relacionadas à atenção a usuários e a dependentes de drogas;

II - apoiar o Ministério da Justiça e Segurança Pública e demais órgãos do Poder Executivo federal, no âmbito de suas competências, na execução das ações do Governo e do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas relacionadas à atenção e à reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

III - apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em articulação com o Ministério da Justiça e Segurança Pública e os demais órgãos do Poder Executivo federal;

IV - desenvolver, coordenar e monitorar a implementação, a articulação e a integração de ações e projetos na área de atenção a usuários e dependentes de drogas, no âmbito das competências do Ministério, de acordo com as diretrizes e as orientações da Política Nacional Sobre Drogas e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas;

V - propor ao Secretário-Executivo, no âmbito de suas competências e de acordo com as diretrizes e as orientações da Política Nacional Sobre Drogas e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a celebração de: a) contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres com os entes federativos, as entidades públicas e privadas, as instituições e os organismos nacionais; e b) acordos internacionais;

VI - analisar e propor a atualização da legislação relativa à sua área de atuação; e VII - avaliar a concessão ou a renovação da certificação das instituições que atuem na redução da demanda de drogas, nos termos do disposto no art.32 da Lei Complementar nº 187/2021 (BRASIL, 2023).

O financiamento dessas instituições pelo governo federal está assegurado até o ano de 2026, mediante a portaria do MDS nº 907/2023, que dispõe sobre a aprovação do Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023–2026 (BRASIL, 2023b). O planejamento firma 12 objetivos estratégicos e determina metas para cada um dos objetivos. No objetivo estratégico nº 4 tem-se: “reestruturar e incrementar a política de assistência social e fortalecer a rede SUAS para a prevenção e proteção social de pessoas em situação de vulnerabilidade, risco social e violação de direitos” (BRASIL, 2023). Dentre as metas propostas no referido objetivo constam disposições na área de políticas sobre drogas e a ampliação das vagas em CTs, da seguinte forma:

Meta 4.55 – Ampliar o número de acolhimentos em Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas contratadas pelo Governo Federal, até 2026.

Meta 4.56 – Capacitar pessoas na temática de álcool e outras drogas, até 2026.

Meta 4.57 – Realizar estudos e pesquisas com foco na avaliação da política de

acolhimento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, até 2026. (BRASIL, 2023).

Entretanto, no presente momento ainda não é possível avaliar se a alteração no “departamento de apoio” é apenas de nomenclatura ou haverá mudanças na abordagem, promovendo alinhamento com a reforma psiquiátrica antimanicomial e atuação de forma intersetorial. Acreditamos ser impossível atender às reais demandas de usuários de substâncias psicoativas através de instituições que afirmam a lógica privatista neoliberal que se apropria do sofrimento dessa parcela da população como fonte lucrativa de atendimento às demandas de uma classe empresarial, ou seja, uma reatualização da “indústria da loucura” vivenciada nas décadas de 60 a 80 antes da implementação do SUS (ABRASME, 2023).

Todo esse movimento de resistência a atuação das CTs está fundamentado em indicadores apresentados em relatórios de inspeção produzidos, antes mesmo destas se tornarem políticas públicas, no contexto de desmonte da política de saúde mental no Brasil, os documentos produzidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e outras entidades e a pesquisa realizada pelo IPEA apontam que as CTs são instituições de caráter asilar e violadoras de direitos humanos. Em 2017, o IPEA realizou um levantamento que identificou mais de duas mil CTs em funcionamento, destas, cerca de 82% são de cunho religioso e vinculados a igrejas, majoritariamente evangélicas. No entanto, existe um universo de instituições que atuam como CTs e não estão regulamentadas<sup>12</sup> ou se identificam com outras nomenclaturas, como associação, base missionária, etc.

O último relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas produzido em 2017 e publicado em 2018 pelo do CFP, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) foi produto de inspeções realizadas em diversas CTs instaladas no Brasil. O referido documento será nosso objeto de estudo no próximo capítulo onde buscaremos conhecer e problematizar as violações de direitos humanos perpetradas contra os usuários submetidos a tratamentos nessas instituições.

---

<sup>12</sup> Uma amostra de que existem instituições que atuam como CTs de forma irregular está na CT interdita na cidade de Sorocaba/SP, em 2021, por falta de condições sanitárias para funcionamento e ausência alvará de funcionamento. Disponível em: <https://noticias.sorocaba.sp.gov.br/comunidade-terapeutica-na-zona-leste-e-interditada-pela-vigilancia-sanitaria/>. Acesso em: 22 nov. 2023.

Também registrou-se, em 2023, uma CT clandestina na cidade de Viamão/RS em que pessoas foram presas por submeterem os internos a condições insalubres. Disponível em: <https://www.pc.rs.gov.br/policia-civil-prendeu-tres-pessoas-em-comunidade-terapeutica-clandestina-em-viamao>. Acesso em: 22 nov. 2023.

## 5 A UTOPIA DO CUIDADO SOB A ÉGIDE DA VIOLÊNCIA: VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Diante da conjuntura de desmonte e retrocessos na política de saúde mental no país, principalmente nas políticas sobre drogas, importantes órgãos como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em parceria com outros conselhos profissionais observaram a necessidade de aprofundamento do debate acerca das metodologias e práticas de cuidado em saúde mental postas aos usuários de substâncias psicoativas. Mesmo diante de um leque de instrumentos legais e normativos que tentam coibir a existência de instituições de caráter asilar que promovem a exclusão social dos sujeitos sob a lógica da internação, notou-se que essas características continuam presentes em instituições que atuam sob a justificativa do cuidado.

Assim, “buscando lançar luz sobre territórios ainda pouco conhecidos pelo conjunto da sociedade” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 9) e visando “identificar situações concretas do cotidiano e das práticas adotadas nessas instituições” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 11), os órgãos supramencionados, orientados pelo arcabouço legal e normativo já existente, realizaram em 2017, de forma inédita, uma inspeção de nível nacional em comunidades terapêuticas. De acordo com o documento produzido, foram inspecionados 28 estabelecimentos nas cinco regiões do Brasil e em doze unidades da federação. A ação envolveu cerca de 100 profissionais das áreas de saúde e do sistema de justiça que realizaram as vistorias de forma simultânea (CFP; MNCPT; MPF, 2018).

O documento proporciona um olhar geral de como as comunidades terapêuticas atuam, no entanto, o próprio relatório indica que a realização de um estudo mais amplo é “dificultado dada a ausência de informações oficiais sobre o universo das CTs no Brasil” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.11). Assim, problematizamos as informações contidas no relatório à luz do referencial teórico e dos instrumentos legais e normativos estudados até aqui. O relatório está dividido em dez grandes áreas, no entanto, para analisá-lo, elegemos cinco categorias de análise, a saber: 1. Caráter asilar *versus* cuidado em território; 2. Redução de danos *versus* abstinência *versus* proibicionismo; 3. Mortificação do eu e controle dos corpos; 4. Acesso a direitos e à rede de atenção psicossocial 5. Trabalho.

## 5.1 Caráter asilar X cuidado em território

A reforma psiquiátrica se fundamenta na superação do modelo asilar para tratamento de pessoas em sofrimento mental. Como modelo asilar, entende-se a metodologia baseada no modelo manicomial que impõe a internação e o isolamento social dos sujeitos como forma de tratamento. A lei 10.216/2001, como visto no primeiro capítulo deste trabalho, é o marco legal que implementa a reforma psiquiátrica no país, reorienta o modelo de assistência em saúde mental, e define instituições com caráter asilar aquelas que estejam desprovidas de “assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”, vedando a internação dessas pessoas em instituições com tais características (BRASIL, 2001).

Na referida lei também está previsto que a internação para pessoas em sofrimento mental só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e quando ocorrer, que seja pelo menor período possível (art. 3º, § 3º). No entanto, mediante informações explícitas no relatório, as comunidades terapêuticas têm o isolamento e a segregação como principais características, violando direitos assegurados às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e operando na contramão da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental brasileira.

As inspeções apontaram para uma série de características e práticas que configuram as comunidades terapêuticas como instituições de caráter asilar. Além da ausência da assistência integral e da restrição da saída dos internos, também foram registradas a presença de muros altos com pregos e arame farpado, cerca elétrica, guaritas, grades e portões, assim como a localização das instituições são geograficamente difíceis de acessar, em locais desprovidos de transporte público, majoritariamente localizadas na zona rural. Foram registradas restrição de acesso aos meios de comunicação e diversas privações físicas e subjetivas. Esses fatores acentuam o rompimento com os vínculos sociais e familiares, visto que o difícil acesso e a segregação mantém os internos distantes de suas famílias e dos serviços públicos, prejudicando principalmente aquelas famílias com menor poder aquisitivo.

Outro aspecto que evidencia o caráter asilar se apresenta nas formas de internações presentes nessas instituições. A lei 10.216/2001 prevê três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória e suas condicionantes, conforme indicamos no tópico 3.2 deste trabalho. Já a lei de drogas nº 11.343/2006, mediante alterações realizadas pela lei 13.840/2019 no Art. 23A preconiza que:

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social. (BRASIL, 2019).

A lei 10.216/2001 também prevê que “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001), ainda veda a internação em estabelecimento desprovidos desses recursos. Já a Lei de Drogas só traz disposições relacionadas aos tipos de internação a partir das alterações realizadas pela lei 13.840/2019, posterior a publicação do relatório, o qual analisaremos, no entanto, consideramos pertinente destacar o que esta legislação dispõe, visto que as CTs permanecem atuando.

Nesse sentido, a lei 13.840/2019 prevê dois tipos de internação. A internação voluntária: “aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas”, a qual deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento; e o seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento. A internação involuntária, por sua vez, é:

aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida. (BRASIL, 2019).

A internação involuntária só deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável; depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde. O período de internação perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável; também prevê que a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento (BRASIL, 2019).

A referida lei não trata da internação compulsória. Esta comparece apenas na Lei da Reforma Psiquiátrica. Como uma modalidade de internação determinada pela justiça e deve estar “de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (BRASIL, 2001). Também é importante ressaltar que, no âmbito do

sistema de justiça, para a internação compulsória ocorrer, o usuário deve ser considerado inimputável, ou seja, o sujeito deve ter cometido algum crime, ter passado por julgamento e ter sido considerado incapaz de ser responsabilizado, ainda assim, estas pessoas devem ter tratamento garantido pelo SUS.

Diante disso, o relatório aponta que a internação compulsória como medida de segurança<sup>13</sup>, como também a internação de usuário de substância psicoativa que não tenha cometido crime, não condiz com a legislação vigente e ainda “apresenta-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 69).

Das 28 CTs inspecionadas, 10 afirmaram receber apenas internações voluntárias; 1 afirmou receber apenas internações involuntárias e compulsórias e 17 afirmaram receber internações voluntárias, involuntárias e compulsórias (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 66). Mostra-se intrigante o número de comunidades terapêuticas que utilizam as internações involuntárias e compulsórias. Porém, não consideram os requisitos legais que regem estes tipos de internação, um aspecto comum entre elas foi a ausência de laudo médico, do prontuário e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) bem como a falta de comunicação com o Ministério Público, tanto da internação quanto da alta, no prazo de 72 horas (BRASIL, 2001).

Queiroz, Assis e Martinhago (2022) apontam que as internações involuntárias são uma forma de expansão do biopoder, utilizando-se da justiça e da psiquiatria para normatização das condutas e dos comportamentos desviantes por meio de ações coercitivas, nesse aspecto, os referidos autores sinalizam ainda que as internações involuntárias são consideradas:

um dispositivo normalizador, exercido sob a justificativa da saúde e da preservação da vida, ou seja, como biopoder. Os ‘anormais’ são retirados de circulação em nome da sociedade e de si próprios, com base em legislações que servem à proteção e à saúde e também devido a comportamentos desviantes que não se adequam à vida social. Ou seja, dotados de um estigma social que, além de dificultar o acesso ao tratamento e às relações, ainda fortalece a necessidade de excluir os usuários. (QUEIROZ; ASSIS; MARTINHAGO, 2022 p. 829).

Assim, os sujeitos são retirados do convívio social, desprovidos do direito de escolha e de autonomia, tendo seus direitos humanos fundamentais relacionados à dignidade da pessoa

---

<sup>13</sup> “As medidas de segurança constituem espécie de sanção penal, de caráter preventivo, fundadas na periculosidade do agente, aplicadas pelo juiz da sentença, por prazo indeterminado, aos inimputáveis e, eventualmente, aos semi-imputáveis, a fim de evitar que tornem a cometer ilícitos penais” (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 2023). Destarte, a internação em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em CTs podem ser utilizadas como medida de segurança aplicadas pela justiça.

humana, como previsto no art. 1º, III da Constituição de 1988, e à saúde (art. 196), violados. Ao utilizar-se das internações involuntárias e compulsórias, potencializa-se o estigma relativo aos usuários de substâncias psicoativas, do mesmo modo que fortalece a lógica da segregação. Observa-se também que essas ações não coadunam com o modelo de atenção psicossocial, por serem excludentes e higienistas, amparadas pela visão punitivista e proibicionista que prevalece no âmbito jurídico (QUEIROZ; ASSIS; MARTINHAGO, 2022; COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Relativo a isso, o relatório menciona que em uma determinada CT “as internações compulsórias originavam-se de processos judiciais, inclusive de ações para custear os valores das mensalidades da clínica, ajuizadas por familiares sem o consentimento da pessoa internada” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 69). Em outra CT visitada, foi relatado que os usuários submetidos à internação compulsória são escoltados pela polícia militar e que esses são conduzidos violentamente. O uso da força policial é adotado para coagir os usuários, desencorajá-los de qualquer tentativa de fuga e causar-lhes uma falsa expectativa de que nas CTs eles serão tratados de forma carinhosa e acolhedora.

Nesse contexto, concordamos com Coelho e Oliveira (2014) quando estes partem da premissa que usuários de substâncias psicoativas não são doentes mentais e que as internações compulsórias não irão solucionar a problemática do uso problemático das drogas em nossa sociedade. Da forma pelas quais estão sendo aplicadas esses tipos de internação, não se assegura o direito à vida, à saúde e à cidadania dessas pessoas.

No relatório também constam relatos de pessoas internadas voluntariamente, mas, posteriormente, tiveram o desejo de deixar a instituição negado, convertendo a sua internação para o modelo involuntário. É característico das CTs impor obstáculos e dificuldades para o usuário que expressa o desejo de deixar o estabelecimento. Além da presença de muros, grades e vigilância, foram registradas situações como imposição de multas, retenção de documentos, cartões e coerção dos familiares. As CTs se utilizam de mecanismos repressivos que desconsideram a autonomia dos internos.

Além disso, algumas instituições inspecionadas relataram a realização de “resgate” ou “remoção”, que consiste no 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 química” (CFP; MNPCT; MPF, 2018, p. 117-118). O “serviço” era realizado por equipe da instituição, formada por monitores, seguranças e até por internos, ou terceirizados por empresas especializadas nesse tipo de ação. A prática da internação por meio do “resgate” é permeada de

violência e maus-tratos, pois, conforme observado, além da força física utilizavam-se de contenção química e mecânica.

A prática de internação forçada via “remoção” ou “resgate” também viola o pressuposto legal que prevê a existência do laudo médico, pois a lei 10.216/2001 estabelece que as internações voluntária, involuntária e mesmo a compulsória devem ser respaldadas por laudo médico circunstanciado. Mesmo que essa premissa seja muito superficial, por condicionar o sujeito apenas à avaliação médica, desconsiderando todos os outros aspectos da vida social, trata-se de um requisito legal relevante, no entanto, mediante as inspeções, constatou-se a inexistência de laudo médico.

Em apenas duas das CTs inspecionadas foi disponibilizado tal documento, e, mesmo assim, as informações eram inconsistentes como a data da internação incompatível com a informada pelo usuário. No que se refere à notificação ao Ministério Público, apenas uma CT informou realizá-la, porém, a notificação era realizada mensalmente por meio de uma lista, infringindo o prazo legal de 24h. Além disso, também foram constatadas a ausência de termo de consentimento dos pacientes, que é pré-requisito em casos de internação voluntária, a inexistência de prontuários contendo os motivos para internação e de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é estruturante no processo de cuidado à saúde mental estabelecido pela portaria nº 3.088/2011 que institui a RAPS, postulando em seu Art. 7º, § 3º que, o cuidado no âmbito dos CAPS seja:

desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. (BRASIL, 2011a).

Também está previsto na lei 11.343/2006, visando a participação efetiva do usuário no seu tratamento e que as singularidades dos sujeitos em todas as dimensões consideradas. Baptista *et al.* (2020, p.2) definem o PTS como “uma estratégia de cuidado, ou seja, um conjunto de propostas de cunho terapêutico, que são discutidas e construídas coletivamente por uma equipe multiprofissional” e também deve-se incluir nessa construção o usuário e seus familiares.

Dessa maneira, a participação do usuário e da família na elaboração e execução do seu PTS é fundamental para participação social e fortalecimentos dos vínculos familiares e comunitários. Assim, o PTS é capaz de subsidiar a construção coletiva de intervenções a fim

de superar as vulnerabilidades, promovendo a autonomia e reinserção social dos usuários (BAPTISTA *et al.*, 2020). No relatório, o PTS foi mencionado em apenas 10 das 28 instituições visitadas, no entanto, também apresentaram inadequações e o formulário replicado em diferentes prontuários conforme relatos a seguir extraídos do documento:

Quadro 6 – Citações que ilustram a inconsistência e/ou inexistência do PTS nas CTs

<p>Entretanto, não existe uma orientação de tratamento com profissionais da saúde nem a elaboração de projetos terapêuticos singulares, sendo que a rotina da instituição se fundamenta exclusivamente em atividades laborais não remuneradas e impostas para todos e em atividades religiosas obrigatórias (p. 75)</p>
<p>Foi possível constatar, pelas entrevistas e observação, que não existe nenhum planejamento de atividades diferenciado em relação ao tempo, exceto a mudança de quarto (os mais antigos e disciplinados ficam no andar de cima da casa, enquanto quem chega, para ser mais controlado, fica no andar de baixo). Além disso, algumas pessoas privadas de liberdade passam a assumir diferentes funções no grupo, de acordo com a disciplina e o tempo de internação, mas isso é definido pela percepção da direção, portanto, de acordo com preceitos religiosos, e não com o projeto terapêutico (p. 75)</p>
<p>Há um plano terapêutico global dividido em duas fases. A de orientação dura os dois primeiros meses e é uma fase de adaptação, momento em que o interno conhece as regras da casa e recebe maior acolhimento. A segunda é a fase terapêutica, que vai do terceiro ao nono mês, quando o interno começa a participar das rotinas da comunidade, assim como dos grupos e de atendimentos individuais (p. 75)</p>
<p>Possui formulário de projeto terapêutico individual, mas a análise dos prontuários expõe que o uso deles é precário, superficial e aborda de maneira muito distante o tratamento realizado com o interno. Formulários que se repetem em diferentes prontuários (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá) ( p. 77)</p>
<p>Além da instituição não ser capaz de, no documento, fazer convergir uma proposta de cuidado, a direção, em entrevista, mostrou total desconhecimento do que seria um projeto terapêutico singular. Obviamente, a instituição não tem esses documentos individualizados. Através das entrevistas com as pessoas privadas de liberdade, confirma-se a inexistência de projetos individualizados . (MG 07 – Renascer – São João del Rei)( p. 77)</p>
<p>Cada participante tem seu prontuário e um planejamento individual, porém nota-se que esse projeto é planejado dentro das limitações das atividades existentes na comunidade. (DF 01 – Caverna do Adulão – Planaltina) ( p. 77)</p>
<p>A CT possui um plano terapêutico singular (PTS) somente com o intuito de adaptá-lo às especificidades dos internos ao que a comunidade pode oferecer, sem respeitar a particularidades e necessidades de cada um[...]E dentre as práticas que caracterizam esse desrespeito, cita-se o tempo de internação que é padrão para todos, um</p>

período mínimo de seis meses que pode ser estendido até um ano. (GO 01 – Salve a Si – Cidade Ocidental) (p. 77)

[..]apesar de ter sido dito pela direção da CT que é feito o uso do projeto terapêutico singular; não foi identificada a existência desse documento nos prontuários. Também não foi possível verificar nos registros feitos pela equipe a construção de estratégias de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (PE 02 – Reviver – Paudalho) (p.78)

O alegado PIA ou PTS, além de bastante incompleto e deveras sucinto, não era formulado com a participação dos internos nem divulgado a eles, assim como não previa o contato com outros serviços da rede de saúde mental para organizar possível continuidade do tratamento pós-internação nem qualquer tratamento ou intervenção em relação aos familiares dos internos. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira) (p.78)

Embora a psicóloga entrevistada tenha afirmado a existência de planos terapêuticos individuais (PTI), não se verificou nenhum tratamento individualizado. Ela também não relatou periodicidade, ou quantos estariam em atendimento individual, nem o acompanhamento ou atendimento familiar ou de egressos. Não relatou experiências anteriores. Descreveu a realização de atividades em grupo que consistem em uma pequena palestra abordando os temas da dependência. Não informou os critérios de composição dos grupos, tampouco as técnicas psicológicas empregadas. Informou que os internos podem pedir para conversar individualmente e, para isso, basta bater na porta da sala de atendimento (RJ 02 – Ebenézer – Seropédica) (p.78)

A comunidade terapêutica relata que o projeto terapêutico singular (PTS) é desenvolvido mediante conversa entre acolhida e monitora que discutem quais pontos devem ser trabalhados pelo próximo mês, levando em consideração o que a monitora observa e a acolhida concorda que deve “melhorar”. Não foi constatada a participação de nenhum profissional da saúde neste PTS. (RO 01 – Nossa Senhora – Porto Velho) (p.78).

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

As CTs visitadas se mostraram incapazes de elaborar e executar um PTS que contemple as reais necessidades dos usuários. Também foi constatado que há insuficiência de recursos humanos e de profissionais qualificados para abordagem dessa temática. Fundamentado nessa precariedade, o relatório aponta que:

A fragilidade ou inexistência de projetos terapêuticos singulares indica a impossibilidade, nessas comunidades terapêuticas, da oferta de tratamento em saúde, de maneira que respeite as singularidades e que caminhe para a construção da possibilidade de saída do local de isolamento. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 79).

Uma das finalidades do PTS é definir metas de curto, médio e longo prazo, e no caso de internação, produzir junto ao usuário as estratégias de desinstitucionalização. Nesse aspecto, mais uma vez as CTs divergem do preconizado, pois não estabelecem estratégias de desinstitucionalização. Visto que o tratamento das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas deveria ser realizado por equipamentos de saúde de base territorial e comunitária,

esse aspecto também foi analisado nas inspeções: como as CTs trabalham a possibilidade de desinstitucionalização dos internos que, inclusive, deveria compor o PTS. O relatório aponta que:

As comunidades terapêuticas visitadas, conforme as informações obtidas nas inspeções, não oferecem ferramentas que permitam, às pessoas internadas, a produção de novos projetos de vida ou a aquisição de capacidades e formação para retornar ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 88)

Há evidências de que as CTs realizam internação por longos períodos, a maioria com prazo mínimo de seis meses e máximo de nove meses, podendo ser estendido, esta extensão do período de internação contradiz incisivamente o que está previsto na portaria MS/GM 3.088/2011 em seu Art. 9º:

II- Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais **Comunidades Terapêuticas**: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório **por até nove meses** para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a, grifos nossos).

Também há registros no relatório de pessoas internadas há sete anos. Este padrão de internação produzido pelas CTs sem critérios para estabelecimento do período de internação diverge do modelo psicossocial, que adota a desinstitucionalização como característica essencial, pois a principal crítica estabelecida às instituições de caráter asilar é a ausência de estratégias de desinstitucionalização (CARVALHO; PICORNELL-LUCAS, 2020). De acordo com o relatório “não se identificam tentativas ou práticas produtoras de reinserção social o que comumente se reflete na adoção da “carreira de monitora da CT” como um projeto de vida viável, efetivamente o único que se pode vislumbrar” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 88).

O único critério de alta é a conversão e adoção dos preceitos religiosos cuja demonstração pública e convencimento dos obreiros constituem a ideia de tratamento concluído. Há certo obscurantismo quanto a esse final. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 95).

Nessa acepção, observa-se que as CTs, amparadas em critérios fundamentalmente religiosos de cunho moralista, apresentam características asilares, tendo em vista que seu modelo de tratamento não condiz com os modelos desinstitucionalizantes e antimanicomiais, proposto pela reforma psiquiátrica, pois trabalham com foco no isolamento social e não desempenham ações que visem a relação comunitária dos usuários, não os preparam para o retorno à sociedade, a vida pós-internação. Também foi verificada a ausência de

acompanhamento dos usuários que deixam a instituição por abandono do “tratamento” ou quando cumprem o tempo imposto. A única proposta de saída contida no relatório ocorre quando o interno, após determinado período, dependendo do comportamento, poderá sair para passar fins de semana com a família, uma espécie de “regime semiaberto<sup>14</sup>”, conforme constam nos seguintes relatos:

#### Quadro 7 – Relatos do modelo “semiaberto”

Após seis meses de internação, as pessoas privadas de liberdade podem ser autorizadas a visitar suas famílias quinzenalmente (p.59)
Dinâmica de saída para ver a família: após três meses de permanência, o acolhido sai por três dias para passar o final de semana em casa. Em seguida, passado o tempo de 15 dias, o acolhido sai novamente por três dias, o que se repete quinzenalmente. Paralelamente, a família pode visitar as pessoas acolhidas todos os domingos. [...] Após cinco meses de tratamento, mediante autorização, o residente pode começar a procurar trabalho ou até mesmo trabalhar, voltando para a instituição após o expediente. Os internos também são revistados quando saem para saídas terapêuticas. Alguns têm autorização para sair sozinhos para resolver suas coisas ( p. 89)
É permitido após seis meses de internação que a acolhida passe um final de semana em casa, não havendo nenhum contato externo antes desse período, senão para ir às unidades de saúde ou à missa, sempre acompanhadas por monitoras (p. 89).
A psicóloga informou que quando se aproxima a saída dos internos ela trabalha nos grupos como fazer planejamento financeiro, como procurar um lugar para morar ou um trabalho [...] Dinâmica de saída para ver a família: após três meses de permanência, o acolhido sai por três dias para passar o final de semana em casa. Em seguida, passado o tempo de 15 dias, o acolhido sai novamente por três dias, o que se repete quinzenalmente. Paralelamente, a família pode visitar as pessoas acolhidas todos os domingos. [...] Após cinco meses de tratamento, mediante autorização, o residente pode começar a procurar trabalho ou até mesmo trabalhar, voltando para a instituição após o expediente (p.89)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Ao oposto do previsto pelo modelo psicossocial, que orienta a desinstitucionalização e emancipação dos usuários. As CTs induzem os internos à permanência na instituição como forma de “progressão de carreira” em que aqueles que conseguem permanecer por mais tempo e cumprir com os preceitos religiosos impostos são “promovidos” a monitores e/ou coordenadores, refletindo em um longo período de reclusão e manutenção do caráter asilar.

<sup>14</sup> No sistema prisional, o regime semiaberto é uma pena de liberdade condicionada ao “bom comportamento” em que o apenado permanece na prisão durante a noite e no período diurno pode desempenhar atividades fora do estabelecimento. Já na CT, o caminho é inverso, o interno passa maior parte do tempo na instituição e tem saídas pontuais, e por estas saídas também estarem condicionadas ao “bom comportamento” fizemos esta analogia.

Conforme aponta o relatório, um dos princípios orientadores do tratamento oferecido pelas CTs é o isolamento mediante restrições físicas e de comunicação, violando, novamente, o principal eixo da reforma psiquiátrica: o cuidado em liberdade com a participação da família e da comunidade.

O modelo de tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas é determinado pelo isolamento e os usuários são submetidos a diversas privações, dentre elas, a livre circulação e a comunicação com o mundo exterior. De acordo com o relatório, a restrição de saída das pessoas internadas viola expressamente o direito de ir e vir e a liberdade de locomoção e é também caracterizada por trancas, impedimentos físicos e pelo estabelecimento de normas e regras que, segundo o documento, “na prática funcionam como um jogo de manipulação emocional” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 58).

Em casos que os internos precisam se ausentar das CTs é necessário solicitar autorização do coordenador ou responsável pela instituição e na maioria das vezes são escoltados por estes. A privação da liberdade de locomoção também foi identificada no interior das CTs, quando, durante o dia, os internos não teriam acesso aos dormitórios, configurando “ausência da ampla garantia do direito à liberdade de ir e vir”. Conforme relatos a seguir:

#### Quadro 8 – Relatos de restrição de locomoção

Impedimento de acesso dos internos aos seus dormitórios entre 07h e 21h. (MG 05 – Peniel – Brumadinho) (p.60)
[...] destaca-se que em todos os quartos existiam cadeados. Segundo informações coletadas dos funcionários, no período noturno, quando as “residentes” encerram as atividades e vão para os quartos, eles são trancados por fora (p. 61)
Somos trancadas todos os dias depois do almoço, entre 13h e 14h30, para o que eles chamam de sonoterapia; e depois das 20h às 6h. Nos finais de semana é até pior porque a sonoterapia dura quatro horas depois do almoço. Não importa se você está com sono ou não. Se não estiver, vai ficar trancada do mesmo jeito ( p. 61)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

A adoção da medida de impedimento de acesso dos internos aos seus, possivelmente seria para evitar a “ociosidade” e durante a noite eles eram trancados nos dormitórios onde nas janelas havia presença de grades e cadeados por fora das portas. As CTs justificaram a manutenção das trancas nos dormitórios para evitar a fuga dos internos. Isto também está explícito nos relatos do quadro anterior (Quadro 8).

No período em que permaneciam trancados, os internos eram mantidos sem comunicação, inclusive para casos de emergência, relatando que já havia ocorrido acidentes e o socorro demorou muito para acontecer e que os internos precisaram gritar muito até serem

ouvidos. Estas narrativas refletem mais uma vez o caráter asilar e manicomial presente nessas instituições.

No que se refere às visitas, o relatório aponta que, geralmente, os internos só podem receber visitas de familiares a partir de um mês de internação, podendo esta restrição ser por período maior. As visitas são submetidas a triagem dos responsáveis pela instituição que “selecionam” qual familiar pode ou não acompanhar o “tratamento” de seu familiar privado de liberdade. Por norma as visitas só são permitidas quinzenalmente e em algumas CTs houve relatos de ocorrerem apenas uma vez por mês, condicionando o que deveria ser um direito do interno ao seu “bom comportamento”, impossibilitando assim, a participação da família no processo de tratamento destes. Antes da visita, os familiares, os alimentos e produtos que estes levam para os internos são submetidos a revistas, semelhantemente aos moldes do sistema prisional.

Além da restrição de visitas, no primeiro mês os internos são submetidos a incomunicabilidade total, seja por contatos telefônicos ou outros meios de comunicação, medida que infringe expressamente o direito de “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis” estabelecido na Lei 10.216/01, Art. 2º, parágrafo único, inciso VI (BRASIL, 2001). Para além do período inicial, a privação de acesso aos meios de comunicação é uma medida perene das CTs, pois desde a admissão, os internos são proibidos de portar celulares, aparelhos de som, TV ou qualquer outro tipo de comunicação social. Quando os internos conseguem autorização para realizar ligações telefônicas para familiares, estas ocorrem de forma assistida com controle do tempo e do número das ligações.

Do mesmo modo que ocorre o controle das ligações telefônicas, também acontece a violação de correspondências, visto que, quando as famílias não têm acesso a contato telefônico a comunicação pode ocorrer por meio de cartas, mas antes de serem enviadas ou recebidas as correspondências são violadas e lidas pelo pastor ou responsável pela CT.

#### Quadro 9 – Relatos de violação do sigilo de correspondência

Em Betim (MG), um interno da comunidade Terra Santa informou que cartas destinadas a familiares só poderiam ser encaminhadas se previamente lidas pela direção (p.13).
Tem a alternativa de mandar uma carta, que é entregue aberta ao pastor para que seja lida antes de postada (MG 07 – Renascer – São João del Rei) (p.59)
Os internos podem receber e enviar correspondência, mas essas são lidas pela equipe da instituição antes de serem entregues ou enviadas, ou seja, são violadas.(MT 01 – Recomeço – Cuiabá) (p.63)
Outras formas de contato com família e amigos são por meio de cartas e telefonemas. As correspondências passam por censura do monitor, da direção ou da psicóloga da CT (MG 08 – Casa de Resgate Emanuel –

Bandeira do Sul). (p.64)
Os internos têm acesso ao telefone apenas no fim de semana e podem receber até três ligações de familiares, não é permitido realizar ligações, apenas receber, a não ser em casos de necessidade avaliados pela direção. As ligações têm duração de oito minutos por pessoa. Também é possível o envio de cartas, no entanto, essas serão abertas e lidas pela direção (MG 09 – Terra Santa – Betim) (p.64)
O contato no primeiro mês é realizado por meio de correspondências que são violadas pelos técnicos antes de enviadas. Ligações só podem ser realizadas por avaliação e autorização da diretoria da unidade com tempo máximo de dez minutos e presença do monitor (PA 01 – Embrião – Castanhal)
As acolhidas podem escrever e receber cartas de seus familiares desde o ingresso na comunidade. Todas as cartas passam por verificação de conteúdo pela equipe da instituição, conforme previsto no Regimento Interno. (RO 01 – Nossa Senhora – Porto Velho) (p.64)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

O excesso de fiscalização está supostamente relacionado à preocupação de que os usuários denunciem para suas famílias as violações sofridas no interior das CTs, bem como para impedir a evasão dos internos.

#### Quadro 10 – Relatos de privação ao contato telefônico

As conversas telefônicas não eram privadas e que, quando havia a tentativa de informar aos familiares a intenção de abandonar o estabelecimento – inclusive em razão de violações de direitos – a direção fazia contato com a família a fim de demovê-la da ideia. [...], um interno da comunidade terapêutica Recanto da Paz informou que cartas destinadas a familiares só poderiam ser encaminhadas se previamente lidas pela direção (p. 12-13)
As pessoas internadas não podem realizar chamadas, apenas receber, o que prejudica sobremaneira as possibilidades de comunicação. Foram obtidos relatos de que os funcionários mentiriam para familiares que tentaram ligar para os internos, dizendo que estes não queriam falar com aqueles, induzindo a pessoa a não mais telefonar e isolando o interno ainda mais de seus entes queridos. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque) (p.56)
A CT conta com televisão e telefone, mas não com internet. Os internos têm acesso ao telefone apenas no fim de semana e podem receber até três ligações de familiares, não é permitido realizar ligações, apenas receber, a não ser em casos de necessidade avaliados pela direção. As ligações têm duração de oito minutos por pessoa. Também é possível o envio de cartas, no entanto, essas serão abertas e lidas pela direção (p. 64)
O contato no primeiro mês é realizado por meio de correspondências que são violadas pelos técnicos antes de enviadas. Ligações só podem ser realizadas por avaliação e autorização da diretoria da unidade com tempo máximo de dez minutos e presença do monitor (p. 64)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Outra forma de controlar e limitar o acesso a conteúdo do mundo exterior dá-se por meio do gerenciamento dos conteúdos exibidos na TV, em que são restritas a programações religiosas, telejornais e, semanalmente, filmes religiosos. No relatório também comparecem

outras dinâmicas utilizadas como barreiras para coibir a saída dos internos e forçá-los a permanecer na instituição, a exemplo do estabelecimento de multas contratuais com valores altos, a retenção de dinheiro, documentos e cartões de Benefícios de Prestação Continuada (BPC). A administração das CTs se apropria dos documentos e benefícios dos internos e se utilizam disso como obstáculo para dificultar a saída destes (CFP; MNCPT; MPF, 2018).

Mesmo diante de tais circunstâncias, se o interno ainda insistir em abandonar a instituição ou fugir, há relatos de formas extremamente violentas e arbitrárias para contê-los e impossibilitá-los de sair do local de internação, como a contenção física, química e até mesmo o uso da violência física.

#### Quadro 11 – Relatos de práticas de contenção e violência para prevenção de fugas

<p>Pode-se identificar nos relatos dos “residentes” o uso da contenção física e medicamentosa, sendo esta última denominada por eles de “garapa”. Segundo informaram, seriam obrigados a tomar esta “medicação”. “Os remédios são machucados com um pilão e misturados com água. Com um funil eles botam na boca da gente e a gente tem que tomar (p.121)</p>
<p>Houve relatos dos internos do uso do “danoninho” como forma de sanção. Em caso de recusa à mistura via oral, seria aplicada a medicação injetável. Informaram que tal medicação deixava o corpo mole e cansado, a ponto de dormirem o dia todo, urinarem em suas camas e se machucarem, muitas vezes por quedas decorrentes do efeito de sonolência provocado pela medicação [...] Essas medicações psiquiátricas (haldol, quetiapina, diazepam, carbamazepina, ampicilina e outros), segundo informações dos internos, são ministradas pela técnica de enfermagem ou pela enfermeira, sem prescrição médica. Os prontuários de internos que pudemos manusear não contêm indicação médica para uso das medicações citadas, mas há referências a contenções mecânicas e químicas. (p.121-122)</p>
<p>Ainda deste lado, encontra-se uma casa para isolamento, denominada pelos internos como “vigiada”, para a qual são levados e não podem sair, sendo referida como castigo. [...] Os internos, independentemente do diagnóstico, parecem estar sujeitos a sanções nos casos de desobediência às ordens dos “monitores”, queixas contra normas, tentativas de manter contatos externos, agressividade, etc. Nesses casos, podem ser contidos fisicamente pelos “seguranças”, receber contenção química através de injeções, ter confiscado o aparelho celular e ser limitados numa área denominada “vigiada”. Também foi relatado, por dois internos, que os “monitores/seguranças” são omissos na contenção de algumas brigas entre os internos. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu) (p. 115)</p>
<p>Além disso, outra forma de punição relatada como corriqueira foi a violência física, comum em casos de tentativas de fugas, sendo frequentes socos nos olhos, desmaio e “mata-leão”. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira) (p.116)</p>
<p>as pessoas que tentam fugir são obrigadas a ficar no “banquinho” por 12 horas diárias. Esse banquinho se</p>

localiza nos locais onde ficam plantonistas, que fazem a segurança das pessoas internadas.(MT 02 – Solares – Chapada dos Guimarães) (p. 117)

Foi informado por alguns internos que, em casos avaliados pela coordenação como “mau comportamento”, brigas e fuga, os funcionários vão buscar os internos onde estiverem “dando porrada na cara” (sic), “amarram seus pés e mãos por uns dez, quinze minutos ou meia hora” (sic). Relataram que essa contenção mecânica é realizada no escritório e, também, na frente de todos. (MT 01 – Recomeço – Cuiabá) (p.121)

A unidade possuía um grupo de internos escalado para fazer a segurança e o monitoramento de risco de fuga dos demais. Eram chamados de Grupo de Apoio ao Paciente (GAP), e escolhidos com base nos critérios de bom comportamento e estar no local há mais tempo. Eles ficavam espalhados em pontos estratégicos na chácara para garantir que nenhum interno pulasse o muro, apesar de a unidade toda ser cercada, com cerca elétrica na frente e laterais. Os GAPs não possuíam armamentos, mas podiam realizar contenção física caso alguém tentasse fugir. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira) (p.123)

A unidade tinha um “grupo de internos” chamado de Grupo de Apoio ao Paciente (GAP), composto por 10 internos, sendo quatro adolescentes, cuja tarefa era realizar a segurança do estabelecimento, evitando a fuga dos demais internos. Para isso, eles ocupavam, durante todo o dia, “postos” de vigilância previamente definidos. Eles permaneciam nesses locais por horas seguidas, mesmo se estivesse chovendo ou fazendo muito sol, não sendo remunerados para tal atividade. Eles também relataram comer nos seus “postos”, para garantir que nenhum usuário pulasse o muro, apesar de a unidade ter cerca elétrica. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira) (p.135)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

A contenção e as formas de lidar com os usuários são desumanas, além da prescrição de medicação para os internos sem a assistência de um profissional de saúde, visto que as CTs são espaços desprovidos de recursos físicos e humanos que possam de fato ofertar atenção à saúde dos usuários. Tais ações empregadas pelas CTs resgatam os padrões utilizados pelos hospitais psiquiátricos em seus primórdios e reproduzem a lógica substancialmente manicomial em que o isolamento constituía o eixo central do tratamento, reproduzindo adoecimento e exclusão (HEIDRICH, 2020).

Este conjunto de práticas adotadas pelas CTs, as limitações relacionadas ao convívio social e comunicação dos usuários violam diversos princípios do arcabouço legal relacionado aos direitos das pessoas em sofrimento mental, incluindo aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas e da reforma psiquiátrica. Também revela que nas CTs o “tratamento” ofertado é demasiadamente invasivo e não visa beneficiar única e exclusivamente a saúde das pessoas institucionalizadas, deixando evidente que uma das principais formas de manutenção do caráter asilar se dá por meio do cerceamento dos direitos das pessoas que se encontram privadas de liberdade. Nesse sentido, as CTs estão na contramão dos referenciais propostos pela

RP, do cuidado em liberdade com participação da família e da sociedade, da garantia da cidadania e dos direitos humanos dos seus usuários.

## **5.2 O emprego da ideologia proibicionista e da abstinência em detrimento da redução de danos**

No Brasil, por muito tempo o consumo de substâncias psicoativas foi tratado pelo viés proibicionista e esteve associado à violência e ao crime, estando as intervenções a cargo da justiça e da segurança pública. As propostas de tratamento tinham como objetivo a abstinência total do uso de substâncias psicoativas utilizando-se de práticas excludentes e moralizantes vinculadas aos hospitais psiquiátricos e às comunidades terapêuticas (QUINTAS; TAVARES, 2020). O paradigma proibicionista relaciona o fenômeno das drogas com questões morais e a “cura” se dava pelo isolamento social do indivíduo pautado na internação.

A abstinência consiste na interrupção do uso da substância. Conforme discutido por Abreu e Lima (2022), dependendo do nível de dependência do usuário, mantê-lo em abstinência pode provocar alterações biológicas, psicológicas e comportamentais, acarretando, muitas vezes, em crises decorrentes da ausência da substância no organismo. Ainda segundo os autores, o processo de abstinência pode agudizar o sofrimento mental dos sujeitos e prejudicar o tratamento no contexto psicossocial. Muitos usuários têm dificuldade em controlar o uso ou manter-se abstinência, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de uma crise. Tal crise pode ser desenvolvida pelo forte desejo pelo consumo da substância e sofre variações conforme o tipo de substância consumida e o grau de dependência dos sujeitos (ABREU; LIMA, 2022).

No contexto social influenciado pelo neoliberalismo, é pelo controle disciplinar que as CTs fundamentam suas ações por meio de tratamento compulsório e manicomial, a experiência de tratamento via abstinência não tem fundamentação científica, mas sabe-se que esta imposição é um desdobramento da ideologia proibicionista. Todavia, é importante compreender que a abstinência nem sempre é o objetivo do usuário que procura os serviços de saúde, estes podem desejar apenas fazer uso seguro, ajustar o padrão de consumo ou o atendimento de outras demandas específicas do processo social de cada sujeito. É nesse sentido que se faz relevante e necessário as ações de RD para que as necessidades dos usuários possam ser contempladas em todas as complexidades, promovendo reinserção social, saúde e vida (MACHADO; MODENA; LUZ, 2020).

Com base no relatório, as comunidades terapêuticas utilizam-se da abstinência como “estratégia central de funcionamento” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 21). À vista disso, o documento aponta que, durante a inspeção, todas as comunidades terapêuticas visitadas revelaram que a atenção ofertada aos internos está baseada no modelo da abstinência e também atrelada a práticas religiosas. Este fenômeno nos leva a compreender que as CTs são espaços predominantemente proibicionistas, estando em dissonância com os princípios da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental brasileiras, pois, estes defendem que as ações de saúde não podem considerar a abstinência como única condição ou meta para o tratamento. Conforme Barcellos (2020, p. 391) “o proibicionismo vem sendo utilizado como um dispositivo da necropolítica”, e nesse sentido, as CTs agem como operadoras dessas essências, produzindo morte, disciplinamento e exclusão social dos sujeitos “indesejáveis”.

Manter um ambiente que impõe determinadas condutas aos usuários significa privá-los do exercício de seus direitos, assim como contribui para reprodução do estigma e da exclusão que os usuários de SPAs vivenciam em outros espaços da sociedade. Do mesmo modo, inviabiliza que o usuário tenha autonomia na decisão acerca do seu tratamento e se seu objetivo é de fato a abstinência. As medidas higienistas e moralizantes utilizadas pelas CTs são também respaldadas pelo poder público, como dispositivos disciplinares de controle, nada mais é do que o exercício da biopolítica e do biopoder para manutenção da “guerra às drogas” (PASSOS, 2017).

A forma que as CTs impõem a abstinência aos internos é tão violenta que os constrange com revistas íntimas e de seus pertences, conforme aponta os relatos a seguir:

#### Quadro 12 – Relatos de práticas de revista

Eles são revistados e seus documentos e dinheiro ficam guardados com o pastor [...]. (MG 09 – Terra Santa – Betim) (p. 62)
--

São realizadas revistas nos acolhidos – ficando nus e agachando em um banheiro – e em seus pertences pessoais ao ingressarem na comunidade ou quando retornam da cidade, sendo recolhido o que não está de acordo com as normas da unidade. Também são realizadas revistas periódicas nos alojamentos e pertences dos <b>acolhidos para verificar a posse de álcool, drogas</b> , ou outros equipamentos não permitidos (p.124. grifos nossos)
--

No momento da entrada para o tratamento, o interno passa por procedimento de revista pessoal, nos moldes das revistas vexatórias do sistema de privação de liberdade, com desnudamento e agachamento. Além disso, os pertences são cuidadosamente inspecionados. Com regularidade, os armários passam por revista e estas são realizadas pelo pastor e pelos monitores. Durante o tempo de internação, são realizadas revistas eventuais nos
--

pertences, principalmente após visitas ou saídas do interno, quando estas ocorrem. Durante a visita familiar, as comidas são inspecionadas e, se houver alguma suspeita, o visitante também poderá ser revistado. (RN 01 – Cerena – Nísia Floresta) (p.124)

Também há revistas nos pertences pessoais dos internos, **em caso de suspeita de porte de algum material considerado proibido pela instituição, tal como cigarro**. A direção afirma que a revista pessoal é realizada nas roupas dos internos (dobras, bolsos, costuras...) e que eles ficariam de cueca durante a revista. Porém, há relatos de internos que tiveram que ficar nus para a revista (p.124-125. grifos nossos)

Não há protocolos de revistas nos ambientes e pertences das pessoas internas, mas foi relatado que esse procedimento é realizado quando a instituição julga necessário. Também são realizadas revistas nos internos em um quarto no qual é solicitado que tirem a roupa e a revista é feita por monitores e terapeutas. (MT 02 – Solares – Chapada) (p.125)

Antes de adentrar na comunidade, as pessoas são revistas no escritório, devem tirar a roupa, com contato físico e agachamento. Também é retirado de seus pertences pessoais qualquer objeto proibido que esteja descrito no regimento interno. A mesma prática de revista acontece quando o interno chega à fazenda. Periodicamente os monitores revistam os objetos pessoais e armários dos internos. (PA 01 – Embrião – Castanhal) (p.125)

Os parentes podem levar comida para os internos, mas a direção revista os alimentos antes de repassá-los aos internos. (MG 09 – Terra Santa – Betim) (p.64)

Os internos também são revistados quando saem para saídas terapêuticas. Alguns têm autorização para sair sozinhos para resolver suas coisas. (DF 01 – Caverna do Adulão – Planaltina) (p.89)

As palavras do monitor são diretas: “Colocamos todos aqui nessa sala, peladão (sic). Mandamos agachar igual no Exército”. As revistas são realizadas também nos materiais trazidos pelos internos no momento da chegada e nos materiais levados pela família durante as visitas. (MG 02 – Esquadrão da Vida – Francisco Sá) (p.128)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

A revista íntima é típica dos estabelecimentos prisionais sob a justificativa de tentar impedir o ingresso de objetos e substâncias proibidas, atos violentos em nome da manutenção da segurança do ambiente, consistindo em uma prática excludente e violadora de direitos humanos. O desnudamento é um procedimento excessivamente invasivo que também viola o princípio da dignidade da pessoa humana, é uma violência que vai além de um simples “tirar a roupa”, esses sujeitos são despidos de sua dignidade enquanto pessoas humanas.

Por outro lado, não se trata apenas de impedir o consumo de substâncias psicoativas, mas do estabelecimento de relações de poder e opressão contra sujeitos socialmente invisibilizados. Essa prática de governo sob a vida dos sujeitos se trata também do exercício da biopolítica a partir da imposição de abstinência. A metodologia utilizada pelas CTs para manter os internos abstêmios é permeada por muita violência e violações de direitos. Esse modelo de

tratamento, centrado na abstinência, não contempla a saúde dos sujeitos, mas a disciplina, pois de acordo com Costa (2021, p. 3):

qualquer ação de cuidado que tome como desfecho ideal e único abstinência é, por princípio, irrealista e descontextualizada, afinal não se trata “as drogas”, as condições de saúde, muito menos, doenças, mas os indivíduos que com elas se relacionam e suas vicissitudes em uma realidade concreta.

Nessa direção, Quintas e Tavares (2020) também se posicionam contrários à abstinência como uma única direção no processo de cuidado, pois, nessa dinâmica, é o indivíduo quem deve ocupar o papel central e não a substância.

Pensar a abstinência como única meta é pensar em um tratamento no qual a droga é o foco, é pensar a substância e suas estruturas químicas como o mal em si, excluindo a relação e o sentido da experiência do drogar-se. Se a droga é o único problema, infere-se que, com o objetivo de ver-se livre dela, as pessoas deveriam deixar de frequentar certos lugares, deixar de encontrar certas pessoas e evitar certos comportamentos. Seguindo por este caminho, o das privações, o que se tem é um empobrecimento das relações subjetivas. Ao contrário, a partir do paradigma da redução de danos, tira-se o foco do tratamento da droga. Tirar o foco da droga é entender que só podemos analisar os efeitos da substância quando na relação com a subjetividade de cada usuário e, conseqüentemente, seu território existencial. (QUINTAS; TAVARES, 2020, p. 206).

Dessa maneira, no âmbito das CTs, não há respeito aos direitos desses cidadãos tão pouco atenção integral à saúde, pois colocar a abstinência como condição não garante o dever do Estado e o direito do usuário de ofertar/receber cuidado integral com base nos princípios do SUS: universalidade, a integralidade e a equidade. Ademais, a portaria MS n.º 1.028/2005 Art. 2º define que:

A redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, aqueles usuários que não podem ou não conseguem interromper o uso são, do mesmo modo, sujeitos de direitos. Portanto, faz-se necessário garantir os direitos humanos e sociais desta população, proporcionando a autonomia dos sujeitos na construção da proposta de cuidado, alinhados com o que está disposto nos instrumentos normativos e com a reforma psiquiátrica. Entende-se que a garantia de direitos das pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas passa pela redução de danos, visto que “a redução

de riscos e de danos sociais e à saúde” (BRASIL, 2006) está prevista tanto na lei nº 11.343/2006 quanto na lei nº 10.216/2001.

No contexto das CTs, não se preservar em abstinência significa infringir as regras da comunidade. Quando os internos são flagrados fumando ou consumindo algum tipo de substância “proibida” são penalizados com diversos atos violentos de caráter físico e psicológico pelos gestores e/ou monitores da instituição, o que demonstra que estas instituições são reprodutoras de violência e exclusão e não se baseiam na melhoria da qualidade de vida dos internos. Conforme o relatório, as punições ocorrem por meio de recrudescimento do trabalho, restrições e privações via isolamento e confinamento ou via agressão física (quando estas não ocorrem simultaneamente) (CFP; MNCPT; MPF, 2018), conforme os seguintes trechos do relatório:

#### Quadro 13 – Relatos de punições

Apesar de a instituição relatar que não há previsão de punições, os denominados “momentos de crescimento” ou “turnos” são nítidas formas de punição por descumprimento de normas ou insubordinação. Nesses momentos, o acolhido fica responsável por uma maior quantidade de trabalho, podendo ser designado para realizar sozinho toda faxina da casa ou lavar toda a louça por um período. Para o caso de infrações mais graves, aplica-se o chamado “declassamento”, nessa punição o acolhido regride de classe podendo ser designado a serviços mais desgastantes, ter que realizar suas refeições por último, etc. Em último caso, a punição pode ser a expulsão da comunidade (p.113)

Outro dever dos internos são os trabalhos laborais e os horários, **bem como a abstinência total, inclusive, do uso do tabaco.** O descumprimento das obrigações e deveres determina o chamado disciplinamento que consiste na retirada de algo que o transgressor gosta, como participar de um jogo ou assistir a um filme. Isso será avaliado pelo diretor e, no caso de reincidências, pode determinar a expulsão da CT (p. 114. Grifos nossos)

A diretora esclareceu que, se um interno não segue as regras impostas, ele irá sofrer alguma penalidade, dependendo do caso, do comportamento do interno e da avaliação dela. A missionária e os internos negam isolamento. Afirmam, no entanto, que além do desligamento, nos casos mais graves, podem ficar sem se alimentar. Ou seja, como forma de punição e método de aprendizagem, eles podem ter uma refeição confiscada ou até ficar um dia sem comer. Essa punição pode, inclusive, ser empregada em gestantes e pessoas com diabetes (p.114)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral

A punição via restrições consiste em retirar do interno direitos básicos que para os administradores das CTs são considerados “regalias” ou “privilégios” como a supressão da alimentação, retirada de colchões, deixando que o “transgressor” durma apenas na alvenaria. Todas as sanções e o grau de infração são determinados pelo gestor da instituição, conforme apontam os relatos no quadro acima (Quadro 13). A base do tratamento que a maioria das CTs

inspeccionadas ofertam ancora-se na articulação da abstinência, religiosidade, isolamento e o uso do trabalho (laborterapia), como podemos observar nesse registro do relatório: “A comunidade terapêutica Maanaim apoia-se no processo de privação de liberdade enquanto condição para o isolamento do mundo, a abstinência e a doutrinação religiosa em sua terapêutica de “cura” do uso nocivo/dependente de drogas” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 140).

É na contramão dessa ideologia proibicionista que, a partir dos anos 2000, foi dado um novo direcionamento à temática das drogas, como já exposto anteriormente. No âmbito do Ministério da Saúde, desenvolveu-se uma política de atenção a este público pautada na redução de danos e no cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas e tendo como espaço de referência os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (CAPSad) pretendendo descentralizar as ações do âmbito da justiça. Nesse sentido, verificamos a importância do fortalecimento das ações antiproibicionistas e dos serviços de base territorial, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), bem como da formação técnica de profissionais para atendimento dessa demanda na rede de atenção psicossocial.

A portaria 3.088/2011, que institui a RAPS, traz os CAPS, nas suas diferentes modalidades, como a principal porta de entrada para o cuidado especializado, também o preconiza no Art. 7º que:

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (BRASIL, 2011a).

Ainda que a política de saúde esteja orientada pela redução de danos e pelo cuidado em território, é perceptível a presença da lógica centrada na abstinência no contexto das políticas públicas. Sobretudo, a partir da inserção das comunidades terapêuticas no rol de serviços da RAPS, em 2012, e o fortalecimento do financiamento destas a partir de 2017. As CTs vislumbram como demanda exclusiva dos usuários de drogas a interrupção do uso, no entanto, existem diversas outras esferas da vida desses sujeitos, como os aspectos culturais e sociais que precisam ser contemplados.

Mesmo diante dos avanços no campo das políticas públicas orientadas pela redução de danos, as CTs permanecem com a proposta de tratamento regulada pela abstinência, com forte impacto e crescimento nos últimos anos devido ao cenário político conservador que o Brasil vivenciou e a instauração da agenda neoliberal, a qual provocou implicações nas propostas de tratamento e no arcabouço legal. Nesse aspecto, ocasiona também o retorno da atenção aos usuários de SPAs para o âmbito da justiça e da segurança pública mediante Decreto nº 7.179/10 e a lei 13.840/2019. É importante observar que a inspeção foi realizada antes das alterações ocorridas na lei de drogas, em 2019, a qual trouxe maior ênfase a estes dispositivos, dando abertura para atuação desenfreada de CTs e enfatizando a abstinência como horizonte em detrimento das estratégias de redução de danos.

Assim, observa-se que o modelo de atenção aos usuários de SPAs é marcado por um campo de disputas de paradigmas, de um lado o modelo de atenção focado na abstinência, o qual é inspirado na política proibicionista que visa uma sociedade e indivíduos livre das drogas mediante ações moralistas e criminalizantes centradas na substância. Por outro lado, a redução de danos visa contemplar o indivíduo em suas singularidades e compreende o fenômeno das drogas como um conjunto de fatores biopsicossociais. A RD não compreende a interrupção definitiva do uso como único horizonte, mas tem em vista minimizar os possíveis riscos e danos à saúde do usuário, oferecendo melhorias nas condições básicas de vida, autonomia e exercício da cidadania das pessoas que fazem uso de SPAs.

A não execução da política e das ações de redução de danos e a determinação da interrupção do uso radicalmente implica em graves retrocessos na política de saúde mental, resgatando as práticas asilares dos hospitais psiquiátricos. As metodologias baseadas em manter o usuário “limpo” utilizada pelas comunidades terapêuticas são sérias violações de direitos à sombra do discurso do cuidado. A exigência para manter o usuário em “tratamento” nessas instituições é que se mantenham abstermínio de toda e qualquer substância considerada ilícita, e também as lícitas, como álcool e tabaco, ignorando a autonomia, a liberdade de decisão, o direito de escolha desses sujeitos, e a participação no projeto de cuidado e a promoção dos direitos humanos (BRASIL, 2005b). Ademais, nas CTs a abstinência é também um critério para o exercício do trabalho voluntário, uma vez que os sujeitos que tenham passado pela experiência da internação e desejam seguir na “progressão de carreira” dentro das CTs, devem manter-se nessa condição.

Nessa acepção, compreendemos que as CTs são instrumentos de perpetuação do biopoder através do paradigma da abstinência para controle dos usuários, com ações moralistas

e conservadoras que coadunam com as políticas proibicionistas que visam combater as drogas e os indivíduos que estão à margem do sistema capitalista.

### **5.3 Mortificação do eu e controle dos corpos**

A partir das discussões propostas por Goffman (1961) relacionadas aos processos de mortificação do eu que os sujeitos vivenciam nas instituições totais e da percepção de que essas instituições almejam, sobretudo, controlar a vida dos sujeitos por meio de mecanismos de isolamento social e ajustamento à lógica institucional, analisaremos, através do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas (CFP; MNCPT; MPF, 2018), como os internos em CTs vivenciam esse processo de mortificação. Será observado também como essas instituições exercem o controle dos corpos dos sujeitos nelas institucionalizados. Além da convencional tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, também identificamos outras ferramentas de mortificação do eu e controle dos corpos dos usuários submetidos a internação em CTs que coadunam com a discussão de Goffman (1961), como a prática de revistas vexatórias, o sistema de privilégios e a violação da liberdade sexual.

Quando os sujeitos são inseridos em instituições totais passando a realizar atividades e obrigações que lhes são impostas e a atender expectativas da instituição e não mais as suas como sujeito social, essas imposições produzem transformações nos sujeitos, conseqüentemente, eles têm seu “eu” constantemente modificados pelo disciplinamento posto. Trata-se de uma lapidação forçada em que estes sujeitos não se reconhecem mais, são mortificados e despojados de si e compelidos a incorporar valores e a doutrina moralmente imposta pela instituição. Tal processo é denominado por Goffman (1961) de “mortificação do eu”.

Ao passar pelo processo de mortificação, os usuários são despidos de toda concepção de si, da visão de mundo construída ao longo da vida, no cotidiano e no seio familiar e comunitário. Muitas vezes a concepção de mundo construída pelo usuário é refutada pela sociedade moralista e pelo ambiente institucional, tendo que ser afastados do convívio social e serem moldados e adaptados a normas institucionais, vivendo o declínio de suas histórias pessoais e sendo privados da autonomia de suas decisões pessoais.

Para Goffman (1961), o processo de mortificação se inicia na admissão quando os internos são destituídos do direito de se manterem com seus objetos pessoais, de ter um espaço privado, de desempenhar suas atividades pessoais como comer, dormir, tomar banho e circular na instituição na hora que quiser. Segundo o autor, “depois da admissão, a imagem que

apresenta de si mesmo é atacada de outra forma” (GOFFMAN, 1961, p. 31), assim, mediante as determinações da instituição, os internos devem realizar suas atividades diárias em momentos pré-estabelecidos, nessa condição, tem-se um “eu” mortificado, pois, “qualquer regulamento, ordem ou tarefa, que obrigue o indivíduo a adotar tais movimentos ou posturas, pode mortificar seu eu” (GOFFMAN, 1961, p.31).

As práticas adotadas pelas CTs não são diferentes das instituições totais descritas por Goffman (1961). Conforme o relatório, ao ingressar nas CTs os usuários são obrigados a se desfazerem de seus objetos pessoais, passam por revistas pessoais periodicamente e são instruídos do conjunto de “regras da casa”, às quais devem submeter-se. A respeito do processo de mortificação mediante revistas e retenção de pertences dos usuários submetidos à internação nas CTs inspecionadas, retiramos do relatório as indicações que evidenciam estas práticas, conforme com o quadro a seguir:

Quadro 14 – Referências à revista dos usuários contidas no relatório

Na chegada à CT os usuários fazem uma ficha, mas não necessariamente passam por atendimento de técnicos de saúde. Eles são revistados e seus documentos e dinheiro ficam guardados com o pastor [...] (p. 62)
Qualquer quantia em dinheiro que esteja com a interna no momento da revista é mantida na guarda das monitoras (p. 63)
Os parentes podem levar comida para os internos, mas a direção revista os alimentos antes de repassá-los aos internos (p. 64)
Os internos também são revistados quando saem para saídas terapêuticas (p.89)
O coordenador, que é um ex-usuário, faz a triagem, a revista dos internos, quando necessário, e auxilia na manutenção das regras institucionais (p. 102)
São realizadas revistas nos acolhidos – ficando nus e agachando em um banheiro – e em seus pertences pessoais ao ingressarem na comunidade ou quando retornam da cidade, sendo recolhido o que não está de acordo com as normas da unidade. Também são realizadas revistas periódicas nos alojamentos e pertences dos acolhidos para verificar a posse de álcool, drogas, ou outros equipamentos não permitidos (p.124)
As palavras do monitor são diretas: “Colocamos todos aqui nessa sala, peladão (sic). Mandamos agachar igual no Exército”. As revistas são realizadas também nos materiais trazidos pelos internos no momento da chegada e nos materiais levados pela família durante as visitas (p. 124)
No momento da entrada para o tratamento, o interno passa por procedimento de revista pessoal, nos moldes das revistas vexatórias do sistema de privação de liberdade, com desnudamento e agachamento. Além disso, os

pertences são cuidadosamente inspecionados. Com regularidade, os armários passam por revista e estas são realizadas pelo pastor e pelos monitores. Durante o tempo de internação, são realizadas revistas eventuais nos pertences, principalmente após visitas ou saídas do interno, quando estas ocorrem. Durante a visita familiar, as comidas são inspecionadas e, se houver alguma suspeita, o visitante também poderá ser revistado (p.124).

São realizadas revistas nos internos assim que eles chegam à comunidade terapêutica e quando os monitores ou a direção entendem necessário. Também há revistas nos pertences pessoais dos internos, em caso de suspeita de porte de algum material considerado proibido pela instituição, tal como cigarro. A direção afirma que a revista pessoal é realizada nas roupas dos internos (dobras, bolsos, costuras...) e que eles ficariam de cueca durante a revista. Porém, há relatos de internos que tiveram que ficar nus para a revista (p. 124-125)

Também são realizadas revistas nos internos em um quarto no qual é solicitado que tirem a roupa e a revista é feita por monitores e terapeutas (p.125)

Antes de adentrar na comunidade, as pessoas são revistadas no escritório, devem tirar a roupa, com contato físico e agachamento. Também é retirado de seus pertences pessoais qualquer objeto proibido que esteja descrito no regimento interno. A mesma prática de revista acontece quando o interno chega à fazenda. Periodicamente os monitores revistam os objetos pessoais e armários dos internos (p. 125)

Os adolescentes<sup>15</sup> recebem as mesmas atribuições dos adultos, como laborterapia, revista íntima, grupos terapêuticos, presença nos momentos de espiritualidade e punições por ausência ou violação do regimento interno (p. 135)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Dessa maneira, fica claro que as comunidades terapêuticas executam práticas intrinsecamente relacionadas às instituições totais descritas por Goffman (1961), e, a partir do momento que os internos são revistados e despojados de seus bens, estão sendo mortificados, pois segundo o autor (p. 31) estas práticas “penetram a intimidade do indivíduo e violam o território de seu eu”. A partir desse processo de mortificação também ocorre a alteração de subjetividade desses sujeitos, integrando-os à lógica da instituição, fato que, de acordo com Quintas e Tavares (2020), pode contribuir para os sujeitos se tornarem mais dependentes da instituição.

A disciplina, também, representa uma ferramenta utilizada no processo de mortificação do eu e manutenção das relações de poder nas CTs inspecionadas. Tal ferramenta, imposta aos internos, trata-se da tentativa de docilização dos indivíduos a fim de que reproduzam as normas a eles estabelecidas pela instituição. Goffman (1961, p. 31) traz como exemplo desse processo

<sup>15</sup> Visto que o nosso objetivo é analisar as violações de direitos perpetradas contra os usuários de CTs, não nos detemos nesta discussão dos “novos usos das comunidades terapêuticas”, porém, o relatório traz relatos de que nas inspeções foram encontrados adolescentes e pessoas idosas internos nas CTs e que o “tratamento” a que eles são submetidos não difere em nada dos adultos.

de mortificação quando o sujeito é submetido à execução de “uma rotina diária de vida que considera estranha a ele” e quando é obrigado a aceitar papéis e funções com os quais não se identificam. Conforme posto no relatório, os internos nas CTs inspecionadas são submetidos a desempenhar funções as quais não se identificam como método terapêutico:

Essa terapia se apresenta como trabalhos realizados pelos internos para a manutenção da unidade, tais como limpeza dos aposentos, da área externa da unidade, cozinha e outros serviços sem remuneração. [...] os internos também realizam a função de monitores da instituição, sem receber por tais atividades. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 83).

Outra situação posta em que os usuários são claramente expostos ao exercício de funções humilhantes compareceu no relato a seguir: “mulheres privadas de liberdade relataram ser obrigadas a pedir donativos para a comunidade terapêutica em lugares públicos, uniformizadas. Elas afirmaram se sentir constrangidas em sua dignidade com tal obrigação” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.152). O fato de as mulheres serem submetidas a pedir com fardamento da instituição reforça o estigma que os usuários de substâncias psicoativas sofrem no meio social, visto que, ao estarem caracterizadas, são identificadas com facilidade e, conseqüentemente, rotuladas por serem “drogadas”.

No entanto, a relação de obediência aos preceitos institucionais que o usuário desenvolve e o enquadramento às regras da casa pode abrir caminhos para o que Goffman chama de “sistema de privilégios”. Esse sistema pode proporcionar tratamento diferenciado ao interno que reproduz um “bom comportamento”, mas também é uma forma de mortificação.

No relatório também compareceram relatos dos “privilégios” e progressão de carreira” conquistados pelo bom comportamento:

#### Quadro 15 – “Privilégios” e progressão de carreira”

há poucos trabalhadores com formação na área de saúde e muitos “monitores” (internos que ganham a confiança da direção e passam a desempenhar, informalmente, atividades na instituição) (p.17)

Foi possível constatar, pelas entrevistas e observação, que não existe nenhum planejamento de atividades diferenciado em relação ao tempo, **exceto a mudança de quarto (os mais antigos e disciplinados ficam no andar de cima da casa, enquanto quem chega, para ser mais controlado, fica no andar de baixo)**. Além disso, **algumas pessoas privadas de liberdade passam a assumir diferentes funções no grupo, de acordo com a disciplina e o tempo de internação**, mas isso é definido pela percepção da direção, portanto, de acordo com preceitos religiosos, e não com o projeto terapêutico (p.75, grifos nossos).

A unidade possuía um grupo de internos escalado para fazer a segurança e o monitoramento de risco de fuga dos demais. Eram chamados de Grupo de Apoio ao Paciente (GAP), e **escolhidos com base nos critérios de bom comportamento** e estar no local há mais tempo (p.123, grifos nossos)

Os monitores são os principais agentes de “cuidado” da CT. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá) (p. 98)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

As funções desempenhadas de forma hierarquizada, locais diferenciados para dormir, alimentação específica e/ou em quantidade diferente dos demais, acesso a objetos e meios de comunicação são exemplos de privilégios cedidos aos que se enquadram na rotina e as prescrições institucionais. Em contrapartida, quando o comportamento do usuário está fora do idealizado, estes podem sofrer diversas penalizações por não se enquadrarem nos padrões institucionais. Outro elemento atrelado ao sistema de privilégios é o “uso do castigo como consequência a desobediência às regras” (GOFFMAN, 1961, p.51), ainda de acordo com o autor, “os castigos e privilégios são modos de organização peculiares às instituições totais”.

Nesse contexto de “desobediência” Goffman nos traz a reflexão a respeito da expressão de autodefesa dos sujeitos quando são expostos a situações mortificantes do seu eu:

Na sociedade civil, quando um indivíduo precisa aceitar circunstâncias e ordens que ultrajem sua concepção do eu, tem certa margem de expressão de reação para salvar as aparências - mau humor, omissão dos sinais comuns de deferência, palavrões resmungados, ou expressões fugidias de desprezo, ironia e sarcasmo. Portanto, a obediência tende a estar associada a uma atitude manifesta que não está sujeita ao mesmo grau de pressão para obediência. Embora essa resposta expressiva de autodefesa a exigências humilhantes ocorra nas instituições totais, a equipe diretora pode castigar diretamente os internados por essa atividade, e citar o mau humor e a insolência como bases para outros castigos. (GOFFMAN, 1961, p. 40).

Não obstante, a realidade exposta pelo referido autor, também se assemelha à realidade nas CTs, visto que estas se utilizam de diversas formas de castigos para punir os internos que não seguem o disciplinamento institucional.

Quando o interno se nega a realizar atividades de manutenção dos locais, esta é uma das fontes de punições e castigos, conforme ratificam os casos reproduzidos no item sobre castigos, adiante. Em síntese, o uso que se faz da laborterapia na quase totalidade das CTs visitadas é idêntico ao que se encontra nas instituições manicomial. Trata-se de instrumento disciplinador, que visa simplesmente submeter os corpos à ordem. É o emprego de uma força de trabalho na conservação do espaço onde se vive, que simplesmente imputa à pessoa privada de liberdade a tarefa de limpeza e manutenção, retirando tais tarefas do rol de responsabilidades de quem oferece o serviço de internação. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 86).

O relatório aponta que em 16 das 28 instituições inspecionadas foram identificadas práticas de castigo e punição contra os internos “indisciplinados”. Para ilustrar tal conduta de controle e mortificação que as CTs utilizam, trouxemos referências aos castigos impostos aos “desobedientes” contidos no relatório conforme o quadro abaixo:

#### Quadro 16 – Medidas disciplinares praticadas nas CTs

Essas sanções variam entre a obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) (p.14).
internas relataram que entre as sanções recebidas em casos de “mau comportamento” estava a de copiar, por inúmeras vezes, do Salmo 119 da Bíblia (p.14)
As equipes de inspeção também colheram relatos do uso de isolamento físico ou confinamento dentro da própria comunidade terapêutica como forma de “tratamento” ou punição por desvio de comportamento. Nessas situações, o interno é mantido em quartos ou cubículos dentro da própria instituição, separado dos demais (p.15)
laborterapia como ferramentas de disciplina (p.16)
A restrição do contato com o mundo exterior ganha ares de punição na medida em que visitas quinzenais são atreladas ao “bom comportamento” [...] De acordo com o bom comportamento do interno, as visitas podem ser recebidas a cada 15 dias (p.58)
O devocional <sup>16</sup> acontece todos os dias pela manhã, como parte inicial da rotina diária. O interno que não se apresentar para o momento da reza será disciplinado (punições que envolvem aumento da laborterapia como já citado) (p.80)
Quando uns se mostram mais isolados ou quando destoam do comportamento tido como desejável (brigas, gritos, xingamentos) são imediatamente interpelados por um dos monitores, que os chamam ao convívio, à fé, à crença, às normas desejáveis, apontando as vantagens da recuperação (p.80)
Caso o interno não realize as atividades solicitadas pelos terapeutas, ele pode sofrer sanções disciplinares (sic) (p.83)
que fica evidente quando as sanções à fuga das regras locais se referem ao aumento da carga de trabalho [...] que foi relatado o aumento da laborterapia como castigo (p.110).
Em casos de descumprimento da rotina ou da disciplina, foi relatado que é feita a “suspensão” do lazer. Como

<sup>16</sup> Para os internos, devocional refere-se ao período dedicado à leitura da bíblia e comunhão entre os pares que eles precisam realizar diariamente.

atividades de lazer foram apresentadas partidas de futebol, exibição de filmes bíblicos e momentos para leitura de livros e textos bíblicos. Cada situação é avaliada pelo obreiro [...], sendo que apenas ele pode aplicar a suspensão pela falta da disciplina. Nas demais entrevistas realizadas com os internos, houve a certificação do uso desse procedimento, à exceção de uma entrevista em que foi relatado o aumento da laborterapia como castigo (p.110)

Note-se ainda que as sanções podem ocorrer inclusive por motivos banais. Em várias ocasiões, foi mencionado como motivo para punição o desejo de não participar de culto ou evento de cunho religioso, o que reforça a centralidade da religião no cotidiano da CT (p. 112)

As sanções mais comuns são lavar pratos ou arear panelas durante uma semana, demonstrando uma forte clivagem de gênero. Outra sanção bastante comum é obrigar as mulheres a copiar, muitas vezes, o salmo 119 da Bíblia (p.113)

Em situações de punições, o que se chamou de “aumento da laborterapia” se refere, literalmente, ao aumento da carga de trabalho (p.113)

Apesar de a instituição relatar que não há previsão de punições, os denominados “momentos de crescimento” ou “turnos” são nítidas formas de punição por descumprimento de normas ou insubordinação. Nesses momentos, o acolhido fica responsável por uma maior quantidade de trabalho, podendo ser designado para realizar sozinho toda faxina da casa ou lavar toda a louça por um período. Para o caso de infrações mais graves, aplica-se o chamado “declassamento”, nessa punição o acolhido regride de classe podendo ser designado a serviços mais desgastantes, ter que realizar suas refeições por último, etc. Em último caso, a punição pode ser a expulsão da comunidade (p.113)

foi relatado por diversos internos que, no espaço denominado Casarão, a disciplina é mais rígida, sendo aplicadas penas como lavar panelas e retirar o colchão do interno que, por exemplo, se recusa a participar de cultos (p.113)

No Casarão, um paciente psiquiátrico, de 62 anos, confirmou já ter sido punido com a retirada do colchão – o que o obrigava ficar deitado na cama de alvenaria – pelo fato de nem sempre conseguir participar dos cultos porque sentia muito sono, devido ao uso dos medicamentos. [...] (p.113)

Dependendo do grau da infração disciplinar, o adolescente, ou a moça interna, permanece dentro do quarto por uma semana, apenas em companhia da Bíblia (p.114)

O descumprimento das obrigações e deveres determina o chamado disciplinamento que consiste na retirada de algo que o transgressor gosta, como participar de um jogo ou assistir a um filme. Isso será avaliado pelo diretor e, no caso de reincidências, pode determinar a expulsão da CT (p.114)

As sanções são aplicadas no ato do descumprimento das regras. Entre as punições estão lavar louça e não assistir televisão (p. 114)

A diretora esclareceu que, se um interno não segue as regras impostas, ele irá sofrer alguma penalidade, dependendo do caso, do comportamento do interno e da avaliação dela [...]além do desligamento, nos casos mais graves, podem ficar sem se alimentar. Ou seja, como forma de punição e método de aprendizagem, eles podem ter uma refeição confiscada ou até ficar um dia sem comer. (p.114)

encontra-se uma casa para isolamento, denominada pelos internos como “vigiada”, para a qual são levados e não podem sair, sendo referida como castigo (p.115)

[...] Os internos, independentemente do diagnóstico, parecem estar sujeitos a sanções nos casos de desobediência às ordens dos “monitores”, queixas contra normas, tentativas de manter contatos externos, agressividade, etc. Nesses casos, podem ser contidos fisicamente pelos “seguranças”, receber contenção química através de injeções, ter confiscado o aparelho celular e ser limitados numa área denominada “vigiada” (p.115)

existem seguranças em locais estratégicos e foi afirmado que, com frequência, aplicam à força golpes conhecidos como “mata-leão”, para contenção de internos ou encaminhamento a castigos (p.116)

Além disso, outra forma de punição relatada como corriqueira foi a violência física, comum em casos de tentativas de fugas, sendo frequentes socos nos olhos, desmaio e “mata-leão” (p.116)

Em caso de descumprimento das atividades ou tentativa de sair da instituição, são aplicadas sanções disciplinares denominadas pelos terapeutas como “medidas educativas”. Foi relatado pelos internos que os terapeutas utilizam violência física para aplicação de “medidas educativas” (p.116)

[...] As normas da CT devem ser seguidas por todos e, em caso de não cumprimento, os internos são punidos. Foi relatado pelos internos que geralmente o castigo consiste em ficar sentado em um banquinho de três a 15 dias ininterruptos (levantando para suas necessidades fisiológicas quando autorizado), além de muitas vezes serem levados para o escritório e “levarem porradas” (sic). Em algumas situações, são contidos com cordas (contenção mecânica) pelos terapeutas por três dias consecutivos (p.117)

[...] Como castigo, as pessoas que tentam fugir são obrigadas a ficar no “banquinho” por 12 horas diárias. Esse banquinho se localiza nos locais onde ficam plantonistas, que fazem a segurança das pessoas internadas (p.117)

Também houve relatos de que uma das formas de sanção seria a privação do sono (p.117)

Foi informado por alguns internos que, em casos avaliados pela coordenação como “mau comportamento”, brigas e fuga, os funcionários vão buscar os internos onde estiverem “dando porrada na cara” (sic), “amarram seus pés e mãos por uns dez, quinze minutos ou meia hora” (sic). Relataram que essa contenção mecânica é realizada no escritório e, também, na frente de todos (p.121)

Além dos castigos, pode-se identificar nos relatos dos “residentes” o uso da contenção física e medicamentosa, sendo esta última denominada por eles de “garapa” (p.121)

Apesar de a direção da clínica e de alguns funcionários informarem que as medidas tomadas nesses casos [de

tentativas de fugas ou expressão do desejo de sair a familiares] eram solicitar que lavassem a louça, retirar lazer e cigarro, “ “ “ “ 122 houve relatos dos internos do uso do “danoninho” como forma de sanção (p.121-122)
--

Um interno afirmou depender da permanência no local para ter um endereço fixo, de forma a não ser obrigado a voltar para a prisão (p.140)
---

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Esse processo em que os internos são despojados dos seus direitos civis e do papel social e passam a ser ajustados às regras de instituições totais que se caracterizam pela adoção dos castigos para punir os internos, além de inferir na mortificação do eu, controle dos corpos, do tempo e do espaço dos internos via disciplinamento, infringe diretamente a Lei 10.216/2001, no art. 2º, parágrafo único, incisos II, III e VIII, segundo os quais, a pessoa com transtorno psíquico deve ser respeitada e tratada com humanidade no interesse único e exclusivo de beneficiar a sua saúde; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração e ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (BRASIL, 2001).

Tal conduta observada nas CTs também infringe a Resolução RDC nº 29/2011 da ANVISA, Art. 20 IV, a qual proíbe no âmbito das instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a aplicação de “castigos físicos, psíquicos ou morais” (BRASIL, 2011b). Nesse aspecto, o documento também afirma que “a internação, em qualquer de suas modalidades, cada vez mais tem sido compreendida como castigo, punição, e não como tratamento em saúde mental.” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.27).

Nas inspeções realizadas, as formas de castigo mais recorrentes foram o uso do trabalho como punição, realização de tarefas humilhantes, visitas condicionadas ao bom comportamento e isolamento. Barcelos *et al.* (2021, p.134) reforça que as instituições totais, dentre elas as CTs, “podem ser vistas como estufas para mudar pessoas e para isso, lançam mão de estratégias que rebaixam, degradam, desmoralizam, profanam e mortificam o ‘eu’ do interno, de forma a padronizar uma nova identidade no sujeito”.

Nesse contexto, Goffman (1961) também apresenta outras formas de mortificação nas instituições totais como imposição da higiene, responsabilidade pela vida, segurança e da religião como justificativa para o ataque ao “eu” através da imposição de abstinências, obediências, penitências, humilhações e trabalhos que constituem a rotina e o controle dos corpos através da medicalização. Assombrosamente, todas essas formas também foram identificadas nas comunidades terapêuticas.

O relato a seguir reflete o cotidiano rígido de controle do tempo, do espaço e da vida que as CTs exercem sobre os internos:

#### Quadro 17 – Metodologias de controle

Sobre o cotidiano da instituição, segundo os internos entrevistados, eles acordam às 6h todos os dias, às 6h20 rezam o terço. Às 7h, tem a liturgia. Às 18h da noite, rezam novamente. Nas quartas-feiras, acontecem as missas, na capela da própria. As celebrações são abertas ao público, porém, as pessoas internas não se misturam com as que vêm de fora, ficam em espaços específicos separados dos demais (p. 109)

Após o intervalo para o lanche da tarde, de 16h a 16h30, eles têm mais meia hora de “estudo” ou “oração” ou “lazer” (na quinta-feira e sábado) e no domingo “visita ou filme”. Para as atividades de lazer, a comunidade terapêutica dispõe de uma sala de jogos e uma academia em péssimas condições. “Filme”, conforme os entrevistados relataram, seriam apenas os “DVDs de pregação” (p. 110)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Outro processo de mortificação explícito nas CTs está na imposição da religião. Isto representa o desrespeito à liberdade religiosa, a laicidade do Estado, do tratamento em saúde, e a livre orientação sexual, anulando a subjetividade desses sujeitos. Referente a isto, a Lei 10.216/2001, a qual visa superar todas as formas de exclusão das pessoas em sofrimento mental, preconiza em seu Art 1º que:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001).

Sobretudo no que se refere à religião, dado ao caráter fundamentalmente religioso das CTs, é uma técnica habitualmente utilizada por elas para doutrinação dos sujeitos internos. Segundo o relatório, foram identificadas violação da liberdade religiosa em 24 estabelecimentos, dos 28 inspecionados. Ao aplicar a doutrina religiosa, as instituições planejam, mediante orações e louvores, o esvaziamento dos sujeitos. De acordo com narrativa exposta no relatório:

O essencial dessa metodologia é o esvaziamento do sujeito pela negatização de sua história de fracassos, sua redução à condição de viciado, seu assujeitamento à perspectiva da salvação pelo louvor, sob a égide de uma oportunidade de fazer o novo, em nome de um bem capaz de dirigi-lo sem que de si tenha algo, bem como sem que ouse saber-se do mundo como antes, de sua geografia, de seus amigos, de sua cultura. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, pp. 75-76).

Os internos são obrigados a participar das atividades religiosas desenvolvidas nas CTs (cultos, missas, momentos de oração, doze passos) e são diariamente submetidos à leitura de trechos da bíblia. Conforme relato de um funcionário de determinada comunidade terapêutica inspecionada, a instituição não está “tratando” o uso abusivo de álcool e drogas, mas sim da “falta de Deus” na vida daquelas pessoas (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 94). Nesse sentido, observa-se a redução das questões de saúde mental à esfera religiosa, em que os usuários são violentamente submetidos à perda da sua identidade e do exercício de sua autonomia e cidadania enquanto sujeitos de direito.

A crença religiosa não pode ser condição para exercício de direitos, por isso, as CTs não deveriam se utilizar da religião como fundamento do cuidado. No documento estão evidentes as violações perpetradas contra usuários que professam crenças religiosas diferentes das impostas pela instituição, há relatos de CTs que não permitem que os acolhidos participem de celebrações de outras denominações, conforme o exemplo:

As vistorias também apontaram casos em que internos de outras religiões eram coagidos a frequentar atividades da designação religiosa da comunidade terapêutica. Um dos entrevistados da comunidade Renascer, em São João Del Rei (MG), por exemplo, relatou que a instituição não aceitava culto a santos e que chegou a ter rasgada a imagem de Nossa Senhora Aparecida que guardava consigo. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 15).

Para demonstrar a imposição da religião como preceito institucional das CTs bem como a violação da liberdade religiosa, também trouxemos, no quadro abaixo, relatos de usuários e dos profissionais responsáveis pelas vistorias.

#### Quadro 18 – Relatos de imposição da religião e violação da liberdade religiosa

Não há liberdade religiosa, na medida em que todos são obrigados a participar dos momentos denominados “devocionais” (p.80)
Dentro da rotina de atividades está prevista uma leitura programada de versículos bíblicos, que varia conforme o tempo em que o sujeito está internado. Após a leitura dos versículos previstos, o interno deve responder a três perguntas acerca do seu projeto sobre a entrada de “Deus em sua vida” (p.80)
As atividades são basicamente religiosas e evangélicas. Se o acolhido for de outra religião ele é obrigado a seguir e frequentar os cultos. Um dos acolhidos entrevistados relatou que no início tentava defender suas crenças, mas sempre era combatido a ponto de ter sua imagem de Nossa Senhora Aparecida rasgada. Não aceitam o culto aos santos. (p.80)
Ainda que o projeto de tratamento se materialize a partir dessas sete intervenções, fica claro que todo o processo

tem como eixo central o desenvolvimento na adesão religiosa na fé pentecostal que orienta esta CT. Explicaram que, embora seja uma instituição que tem por prática a leitura e divulgação do Evangelho, é respeitada a liberdade religiosa de cada interno. Entretanto, os internos são continuamente interpelados a desenvolver, manter e alimentar essa fé por meio dos cultos diários (p.80)

A doutrina desta comunidade terapêutica é pautada na Igreja Católica e as atividades religiosas fazem parte do projeto terapêutico, como o momento espiritual todas as manhãs e antes de dormir e as idas à missa (p.81)

As acolhidas relatam que podem ter outras religiões que não a católica, mas raramente podem participar de celebrações de outras denominações (p.81)

É estabelecido que os internos têm que participar dos cultos. Quem não segue, não pode permanecer na casa. É obrigatório por ser rotina. Se não aceitar as regras não é aceito: se não obedecer, é desligado. Ainda assim afirmam que não há obrigatoriedade de ser evangélico (p.81)

em várias ocasiões, foi mencionado como motivo para punição o desejo de não participar de culto ou evento de cunho religioso, o que reforça a centralidade da religião no cotidiano da CT (p.112)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Além disso, também houve relatos de que em algumas instituições, a conversão aos preceitos religiosos da CTs é tida como condição para alta. Um processo de mortificação devastador que o usuário deve se esforçar para convencer os responsáveis pela instituição que está alinhado à lógica imposta, e passar a imagem de interno perfeito, a fim de ter a concepção de que está “apto” a ser devolvido ao mundo exterior e que obteve sucesso no tratamento.

Já no que se refere à orientação sexual foi observado que, consta que em 14 das instituições inspecionadas não respeitam a diversidade sexual e a identidade de gênero dos internos, no entanto, como já vimos, este também é um direito assegurado pela lei nº 10.216/2001 Art. 1º. Em função do caráter religioso, as CTs associam a diversidade sexual à prática do pecado “depoimentos nesse sentido foram colhidos nas comunidades terapêuticas visitadas em Castanhal (PA), Nísia Floresta (RN) e Bandeira do Sul (MG), entre outras” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 15-16). Foram expressos argumentos de que a identidade sexual pode ser convertida, ou que “com o tempo, naturalmente muda” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 125).

#### Quadro 19 – Discurso das CTs sobre orientação sexual

Segundo a unidade, há respeito ao público LGBTI, mas não é permitida a expressão da identidade de gênero, sendo controlados os comportamentos e características corporais. Não há distinção ou separação de pessoas LGBTI. Elas dormem nos mesmos quartos que as outras internas. Foi informado que esse público é orientado a

controlar seus impulsos e a orientação sexual é vista como opção, que pode ser gerida em busca de identidade sexual feminina. (p. 126)

No que tange à diversidade sexual, a comunidade terapêutica está em flagrante afronta aos princípios de Yogyakarta, uma vez que não respeita a diversidade sexual de seus internos. É bastante significativo o discurso da direção e do monitor quando perguntados se lá havia respeito pela população LGBTI. Eles responderam, de uma forma geral, que “aqui a gente respeita isso, mas não pode exercer aqui dentro”. Quando perguntados se já haviam acolhido travestis ou transexuais, eles não entenderam muito bem a questão e ainda questionaram se “isso” de fato existia. Há relatos de que já haviam passado por lá gays, mas que eles inevitavelmente acabavam escondendo sua orientação sexual por receio. (p. 126)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Também foram coletados relatos, a maioria das instituições visitadas consideram a diversidade sexual como problemática, diante disso, a tendência adotada pelas CTs é de repressão às manifestações de sexualidade. Os heterossexuais também são totalmente privados da vida sexual, pois a possibilidade de visita íntima é inexistente. Em uma das comunidades terapêuticas, voltada ao público masculino, foi identificada uma transsexual interna, a despeito disso, o relato foi de que:

A interna sofre muito preconceito por ser mulher trans. Além de arriscado e causar muito embaraço e fantasias entre homens que estão privados de vida sexual, enquanto internados, esse é um espaço passível para mais violência contra essa mulher, devido à falta de segurança e à insensibilidade em torno da questão de gênero. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 126).

Diante desse cenário, observamos que o usuário submetido a internação em CTs sofre diversas mutilações objetivas e subjetivas, para além do isolamento social, sofrem o enquadramento moral que mortifica suas trajetórias. Também são expostos ao que Goffman (1961), ao analisar a rotina das pessoas privadas de liberdade em instituições totais, chama de “morte civil”, no contexto em que os usuários perdem temporariamente seus direitos ou os têm permanentemente negados. Assim, o indivíduo é impossibilitado de exercer sua real personalidade e obrigado a adotar um padrão moral que lhe é imposto pela instituição e pela sociedade, gerando uma ruptura com sua história progressa.

Desse modo, as CTs cumprem o papel de manter sujeitos socialmente indesejáveis afastados do convívio social, da mesma forma que pretendem realizar o ajustamento desses, contribuindo, por meio da normatização de conduta, com o biopoder e a necropolítica. Melhor dizendo, as CTs produzem a morte em vida (MBEMBE, 2016). De acordo com Benelli (2014),

as justificativas utilizadas para a mortificação do “eu” e os vários processos de mortificação do indivíduo são elaboradas para controlar o cotidiano, o tempo e o espaço destes sujeitos.

#### **5.4 Acesso a direitos e a rede de atenção psicossocial**

Conforme discutimos no decorrer desse trabalho, as transformações na atenção em saúde mental foram construídas de forma lenta e gradativa, ao longo das três décadas de reforma psiquiátrica que tiveram a estruturação de um novo modelo de atenção pautado no exercício da cidadania como premissa incontestável para os sujeitos poderem alçar a saúde física e mental. Essa nova agenda em torno da saúde emergiu a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito fundamental do cidadão e dever do Estado e deve ser ofertado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, as políticas de atenção às pessoas em sofrimento mental, inclusive decorrente do uso de substâncias psicoativas, é reflexo das garantias à saúde asseguradas pela constituição.

É embasado nessa garantia estabelecida pela Constituição e pela reforma psiquiátrica que ocorre o redirecionamento da atenção em saúde mental, a construção de uma nova perspectiva na qual o cuidado deve ser realizado em território, utilizando os dispositivos da rede e com a participação da família e da comunidade. Como marco normativo desse novo modelo, temos a Lei nº 10.216/2001, já apresentada ao longo deste trabalho, e como desdobramento da referida lei, temos a construção de uma rede especializada para atender as demandas em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Tal rede, estabelecida pela portaria nº 3.088/2011, traz entre suas considerações as necessidades que fundamentaram a construção de uma rede de atenção para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Dentre elas: “a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas” incluindo também “a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias” (BRASIL, 2011a).

A RAPS está organizada em sete componentes<sup>17</sup>, os quais devem atuar de forma articulada. Dentre estes componentes, o principal, mas não o mais importante, visto que todos os serviços têm sua relevância, é o Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes

---

<sup>17</sup> Conforme especificados no quadro 4.

modalidades<sup>18</sup>. No que concerne ao tratamento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o CAPSad é o serviço de referência. Trata-se de um componente da RAPS de portas abertas para atendimento por demanda espontânea, de base territorial, com equipe multiprofissional que visa atender os usuários respeitando suas singularidades, preservando os vínculos familiares e comunitários por meio de um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011a).

Porém, a implementação dessa rede é permeada por desafios e conflitos de interesses de setores que são favoráveis ao modelo manicomial e segregacionista, que buscam contribuir com os interesses de mercado em torno da mercantilização da saúde. A saúde, especificamente a saúde mental, por muito tempo se configurou como um setor rentável, período em que a forte atuação dos hospitais psiquiátricos ficou conhecida como “indústria da loucura” (BARBOSA-FOHRMANN; MARTINS, 2021).

Na última década, a política nacional de saúde mental sofreu uma série de desmontes e retrocessos, dentre eles, alterações no organograma da RAPS com a inclusão dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas na rede, bem como o financiamento destes dispositivos. As CTs foram inseridas compulsoriamente na rede de atenção aos usuários de SPAs e receberam aval do Estado através de financiamento público. Contudo, estas instituições não coadunam com os princípios da reforma psiquiátrica, pois além do caráter asilar que contribui para remanicomialização, há o viés da mercantilização do cuidado que aponta para o retorno da “indústria da loucura” (COSTA, P., 2020). A proposta de acolhimento humanizado difundida pelas CTs nada mais é do que uma forma de maquiagem o resgate ao modelo anterior ao da reforma psiquiátrica, visto que, tal proposta está centrada na abstinência antagônica ao modelo psicossocial.

Longe de ser o cenário ideal, mas, já que as CTs foram inseridas como um dispositivo da RAPS, deveriam funcionar de forma articulada e em conjunto com os demais dispositivos de saúde e com outras políticas como Educação, Cultura, Assistência social, Esporte, etc. Os usuários também deveriam ter acesso a todos os serviços e direitos a eles assegurados enquanto cidadãos, sujeitos de direitos. No entanto, ao analisar o relatório nacional de inspeção em comunidades terapêuticas (CFP; MNCPT; MPF, 2018). Observamos que as CTs funcionam de forma autocrática, no sentido que não estabelecem diálogo nem parceria com os demais dispositivos da rede, nem das políticas, como também ditam suas próprias regras e

---

<sup>18</sup> Conforme especificados no quadro 3.

metodologias, e de forma segregacionista, pois privam seus usuários do convívio social, do exercício da cidadania e do acesso aos direitos fundamentais mais básicos.

São diversos os fatores que denunciam as práticas autocráticas e segregadoras das CTs e que as pessoas nelas inseridas não usufruem dos serviços da rede adequadamente. De antemão é possível notar a precarização do serviço ofertado com relação à equipe técnica, pois não há profissionais de saúde capacitados para promover a atenção à saúde dos internos. Consoante, o relatório demonstra que nas CTs inspecionadas, foram encontrados poucos trabalhadores com formação em saúde em detrimento de muitos monitores. Conforme dados do relatório, em apenas cinco das 28 instituições visitadas foram observadas a presença de enfermeiros, psicólogos e assistente social, em quatro CTs foi registrado inexistência de qualquer profissional de saúde, apenas monitores, nas demais, foram observados alguns voluntários, mas não existia uma equipe técnica de caráter permanente.

A desqualificação profissional é tão evidente que houve relato de profissional que alegou não ter conhecimento da RAPS. Durante a inspeção, em entrevista, “a psicóloga disse nunca ter ouvido falar em “Raps” e também não saber que o Caps faz parte da rede” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 100). Esse fato revela que o despreparo profissional constrói barreiras, portanto, nas CTs os internos não recebem orientação técnica suficiente para poderem usufruir do pleno direito de acesso à saúde.

Outro fator que evidencia a ausência de articulação com a rede e o difícil acesso dos internos aos serviços dá-se pela localização geográfica em que as CTs se instalam. A proposta de atenção das CTs fundamentada no isolamento não visa beneficiar a saúde e a cidadania dos sujeitos institucionalizados, ao contrário, comprova o caráter asilar e segregacionista dado a inexistência de fundamentação técnica, teórica e científica de suas ações e ao distanciamento dos dispositivos que priorizam o cuidado e a emancipação dos sujeitos. Ademais, no conceito ampliado de saúde, o acesso aos serviços de saúde é um determinante social que compõe a Lei que regulamenta o SUS (lei nº 8.080/1990) (BRASIL, 1990).

No que se refere ao acesso às estratégias de saúde da família, as CTs deveriam ofertar o acolhimento com o atendimento compartilhado com os serviços da atenção básica, principalmente, naqueles municípios que não dispõem de um CAPS de referência. As unidades básicas de saúde têm importante papel na RAPS, estabelecidos mediante a Portaria MS nº 3088/2011 que diz: os pontos de atenção que formam a atenção básica em saúde são as Unidades Básicas de Saúde (UBS); equipe de atenção básica para população específica; equipe de consultório na rua; equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório e centros de convivência (BRASIL, 2011a).

Relativo às Unidades Básicas de saúde (UBS), são serviços de saúde constituídos por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção; a proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a redução de danos e a manutenção da saúde. Objetivando desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. As UBSs têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

Já as equipes de atenção básica para populações específicas e equipes de Consultório na Rua são constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados em saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades. É responsabilidade desta equipe, no âmbito da RAPS, ofertar cuidados em saúde mental, para pessoas em situação de rua, pessoas em sofrimento mental e usuários de substâncias psicoativas, incluindo no processo de cuidado ações de redução de danos e a articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2011a).

Conforme o relatório, de modo geral, não existe o matriciamento em saúde mental, as CTs não se articulam com os pontos da atenção básica, as que afirmaram construir PTS não previam contato com os outros serviços da RAPS para organizar o plano de cuidado com os usuários. Uma exceção foi encontrada numa instituição localizada em São José de Mipibu/RN, que relatou estar articulada com a rede. Porém, essa vinculação sofre muitas interrupções, pois dependia de transporte oferecido pela prefeitura do município e que sem este serviço de deslocamento ficaria inviável manter a vinculação com outros dispositivos.

Tem-se, ainda, a particularidade da desigualdade de gênero: nas CTs que atendem ao público feminino e as mulheres privadas de liberdade, são também privadas do acesso à saúde sexual e reprodutiva. O acesso aos exames preventivos do câncer de colo de útero e tratamentos de doenças sexualmente transmissíveis são negados, pois as mulheres só são liberadas para atendimento médico em casos graves.

Adicionalmente, tendo em vista que não há um tratamento oferecido na CT, a história de vida das mulheres não é levada em consideração para trabalhar o uso que elas faziam do álcool e outras drogas. Por exemplo, mulheres que já sofreram algum tipo de violência e que atribuem a esta violência a sua busca pela droga não podem trabalhar tais questões, uma vez que a única possibilidade oferecida na CT é a laborterapia. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 93).

Sem o apoio matricial, as intervenções terapêuticas com fins de produção de saúde tornam-se irrealizáveis. É através do matriciamento que ocorrem as transformações na proposta de cuidado, e as equipes de saúde dos diversos níveis de assistência e serviços interagem a fim de proporcionar melhor qualidade de vida e atendimento integral aos usuários. Estruturando assim um “cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária” (GONÇALVES, *et al.*, 2011, p. 15) mediante a integração dos componentes da rede e seus saberes multidisciplinares.

Relativo à interlocução com os dispositivos da atenção psicossocial especializada, os CAPS, os indicativos é que acontecem, exclusivamente, para fins de medicalização. O relatório informa que quando ocorre o acesso dos usuários aos CAPS são apenas para realização de consultas com psiquiatra com interesse na prescrição da medicação para efeito de controle dos internos.

A instituição utiliza com frequência o CAPS mais próximo, porém, com o intuito de medicar os internos, ou seja, o único aspecto que eles usufruem do Caps é o ambulatório e, a partir do discurso de muitos, não é de forma constante e nem obrigatória. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 92).

Em outra instituição afirma-se que:

Os internos vão mensalmente ao psiquiatra do Caps para a prescrição dos medicamentos. Os monitores retiram a medicação e armazenam em armário com tranca nas caixas pessoais juntamente com a receita e administram conforme indicado pelo médico. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 92).

Manifestou-se também o discurso de oposição ao tratamento ofertado pelo CAPS: “Diretor considera o atendimento do Caps “fraco”, “deficiente” e “não vê resultados”. Não há articulação com outros equipamentos da rede ou da cidade” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.92). Possivelmente, os obstáculos de interação entre as CTs e os CAPS se dão pela divergência na proposta de cuidado, visto que, as primeiras priorizam a abstinência e a religiosidade e os últimos pautam suas ações na redução de danos e emancipação dos sujeitos, e ainda desenvolvem suas atividades em espaços coletivos de base territorial de forma articulada com os demais pontos de atenção e outras políticas (BRASIL, 2011a).

Notavelmente, o ponto de atenção mais requisitado pelas CTs são os serviços de urgência e emergência e os serviços de atenção hospitalar.

Quando o interno não tem condição financeira de ir ao psiquiatra indicado pela unidade, ele é encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial. Quando é identificada uma demanda que ultrapassa as condições da unidade, os internos são encaminhados para os equipamentos de saúde do território. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, pp. 92-93).

Os caminhos percorridos pelas CTs são distintos do proposto pela RAPS, pela lei 10.216/2001 e pela RDC nº 29/2011 da Anvisa. Tendo em vista que as comunidades terapêuticas só acionam a rede quando os recursos intra-institucionais se mostram insuficientes, inclusive em crises de abstinência os internos são submetidos a situação de violência e contenção química, ao invés de serem conduzidos aos serviços de saúde para estabilização dos quadros.

#### Quadro 20 – Ausência de comunicação com a rede

No próprio regimento interno, a instituição indica que apenas “caso de urgência ocorrido durante o período da internação” possibilitará que a pessoa em privação de liberdade tenha acesso a “algum tratamento médico, dentário, etc. (p.93)
Quando os acolhidos necessitam de atendimento médico, são levados de carro para as unidades de atendimento integrado (UAI) nos bairros Planalto e Luizote de Freitas. [...] (p.94)
A articulação com a Equipe de Saúde da Família é precária e com os serviços de média complexidade como Caps de Montes Claros, inexistente. (p.106).

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

No que se refere às estratégias de desinstitucionalização, já trouxemos alguns apontamentos no item 5.1 deste trabalho. De modo geral, as estratégias de desinstitucionalização não se tratam apenas de retirar os sujeitos das instituições totais. Referem-se ao fortalecimento de uma rede, que possa atender os egressos de internações de longa permanência, a partir de atendimentos multidisciplinares que considerem as singularidades de cada indivíduo, centradas na inclusão social e promoção da autonomia. Ademais, cabe aqui apontar os programas de desinstitucionalização criados no âmbito do SUS para atender pessoas que passaram por internação de longa permanência através da Portaria MS nº 2.840/2014. Tal componente da RAPS é constituído por:

iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de

internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social. (BRASIL, 2014).

As estratégias de desinstitucionalização devem contar com o apoio de equipe técnica e as ações devem ser desenvolvidas no território, com estratégias de convivência familiar e comunitária e integração social dos usuários. No entanto, durante a inspeção, não foi observado o desenvolvimento dessas ações nas instituições visitadas. Segundo o relatório:

As comunidades terapêuticas visitadas, conforme as informações obtidas nas inspeções, não oferecem ferramentas que permitam, às pessoas internadas, a produção de novos projetos de vida ou a aquisição de capacidades e formação para retornar ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 88).

É, inclusive, um questionamento dos internos:

Atualmente, não há nenhum acompanhamento das desinstitucionalizações. Um dos internos reclamou da ausência de oferta de cursos profissionalizantes ou de qualificação aos usuários: “Nove meses, mas e depois? Vai voltar com a cabeça na boca do leão.” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 88).

Houve registros de pessoas institucionalizadas há sete anos, sem nenhuma movimentação para que este usuário retorne para sua vida social. As únicas medidas que as CTs entendem como estratégia de desinstitucionalização são regimes “semiabertos”, onde os internos podem sair com mais frequência e/ou passar fins de semana com a família, “após cinco meses de tratamento, mediante autorização, o residente pode começar a procurar trabalho ou até mesmo trabalhar, voltando para a instituição após o expediente” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 89). Outra possibilidade é a “progressão de carreira” onde se mantêm vinculados a instituição realizando trabalho voluntário, e existe um forte apelo da instituição para que os internos “disciplinados” permaneçam nessas condições.

Também não foram identificadas ações de reabilitação psicossocial que em concordância com a portaria 3.088/2011, é “composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais” e:

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular

sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011a).

Conforme observamos, intersectorialidade não é uma prática das CTs, nem com a RAPS, tampouco com outras políticas, inclusive, em caso de internações de adolescentes, o relatório expõe que, além de todas as privações que já discorremos relacionadas ao público adulto, estes são privados do direito à educação. Uma ofensa aos instrumentos normativos existentes que preveem a articulação permanente entre as políticas de assistência social, saúde, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos e de juventude.

Nas CTs, tal articulação não ocorre de forma sistemática, apenas pontualmente, sendo os usuários destituídos de seus direitos. Nesse sentido, o relatório aponta que o padrão encontrado foi de ausência de interlocução com os demais dispositivos; a crítica a metodologia de cuidado ofertada pelos CAPS e manutenção da perspectiva manicomial, ou seja, as CTs “mantêm-se isoladas do conjunto de instrumentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas existente no Brasil” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 90). É visível que as CTs não atendem requisitos para serem denominadas de componentes da RAPS, por serem um dispositivo que atua na perspectiva manicomial com fundamentos religiosos e sem profissionais qualificados, não podendo ser classificado como serviço de saúde (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

## **5.5 Trabalho**

As informações levantadas na Inspeção Nacional em comunidades terapêuticas revelam que o trabalho é uma categoria estruturante do funcionamento das CTs, no entanto, nós observamos esta categoria por duas perspectivas: exploração do trabalho pela “laborterapia” e a precarização do trabalho dos profissionais que compõem a equipe técnica e voluntários. Por meio do relatório, observamos que as CTs lançam mão de vínculos empregatícios fragilizados de profissionais e voluntários, já a laborterapia constitui a rotina disciplinadora das CTs que a utilizam como instrumento para exploração do trabalho e disciplinamento dos indivíduos.

A laborterapia também é utilizada como mecanismo de punição para aqueles internos que se recusam a aderir aos preceitos religiosos impostos pela CT, estando presente em 27 das 28 CTs inspecionadas. Assim, aqui abordaremos os pontos apresentados no relatório em que estas metodologias se constituem como violação de direitos humanos aos internos em CTs. Seja

como laborterapia, seja como voluntário, o diagnóstico apresentado foi que “a regra foi encontrar condições de trabalho precárias” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 99).

O uso do trabalho como terapêutico foi estabelecido por Pinel no século XVIII, segundo ele, o tratamento moral, o isolamento e o trabalho mecânico seria a melhor resposta social para as doenças mentais e para a manutenção da saúde. Acreditava-se que a laborterapia seria capaz de corrigir e disciplinar os sujeitos, no contexto da época, os manicômios tinha a função de higienismo social, recolhendo todos os “desviantes” e indesejáveis, mantendo o trabalho e o tratamento moral como base terapêutica para o tratamento dos sujeitos tal conduta foi questionada pelo processo de reforma psiquiátrica ocorrido no Brasil e no mundo (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). Entretanto, no Brasil, mesmo com a reforma psiquiátrica, os moldes do tratamento alienista continuam sendo utilizados, como a apropriação da força de trabalho como método terapêutico, principalmente nas CTs.

Nas CTs o trabalho é entendido como terapêutico, por isso, elas utilizam a laborterapia como metodologia de tratamento em que os internos são responsáveis pela manutenção da instituição, bem como atividades de geração de renda, buscam, a partir do trabalho, o desenvolvimento do autocontrole e da autodisciplina dos internos (IPEA, 2017). Um tratamento moral estabelecido aos sujeitos, permeado por violência física e simbólica, inclusive, observou-se o emprego de trabalho forçado, análogo à escravidão, pois o documento analisado indica que: “da maneira como vem sendo utilizada por muitas comunidades terapêuticas, a chamada “laborterapia” encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 16). A respeito da laborterapia, o relatório menciona:

É o emprego de uma força de trabalho na conservação do espaço onde se vive, que simplesmente imputa à pessoa privada de liberdade a tarefa de limpeza e manutenção, retirando tais tarefas do rol de responsabilidades de quem oferece o serviço de internação. Isso contribui para a viabilidade econômica e, possivelmente, para a lucratividade das comunidades terapêuticas, na medida em que isenta as instituições da contratação regular de mão de obra para realização das tarefas voltadas à sua manutenção. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.86).

As CTs utilizam-se da força de trabalho dos internos para realização de serviços como: limpeza da instituição; cozinha; vigilância; entre outras atividades que deveriam ser realizadas por profissionais com vínculos formais e remunerados. Consta no relatório que o uso da laborterapia na ampla maioria das CTs inspecionadas busca “substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista, em uma lógica de maximização do lucro” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 16). É interessante destacar que, mesmo sendo apontada como terapêutica, a laborterapia utilizada

pelas CTs tem natureza evidentemente punitiva, exploradora e disciplinadora. Além disso, os internos não desempenham nenhum projeto ou ação que vise a qualificação profissional para ocuparem espaços no mercado de trabalho após a internação, desse modo, não cumpre o papel de cuidado terapêutico ao qual se propõe.

A laborterapia é empregada com caráter punitivo quando os internos resistem a participar das atividades religiosas, tentativa de fuga ou descumprem alguma regra da casa, acarretando o aumento da carga de trabalho, sendo o interno destituído da liberdade de escolher se quer ou não realizar o trabalho imposto. Tal impossibilidade de negativa nos revela o caráter distorcido pelo qual a laborterapia é utilizada. A utilização da mão de obra dos internos para manutenção da instituição consiste na substituição do trabalho formal e remunerado pela laborterapia, ou seja, da exploração da força de trabalho sob a égide da laborterapia que nada tem de terapêutico. Segundo essa lógica, consta no Relatório que:

A laborterapia não é mais do que um eufemismo para o trabalho de manutenção dos locais de internação, sem horizonte de desenvolvimento de potencialidades ou de formação profissional. Da maneira como é utilizada, a laborterapia encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, na medida em que não oferece remuneração adequada e outras garantias trabalhistas. Ao mesmo tempo, exime aqueles que ofertam os serviços de internação de arcar com os custos de manutenção dos locais, potencializando a possibilidade de maximização do lucro. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 83).

Para além da apropriação da força de trabalho para fins de manutenção da instituição, também foi mencionado a utilização dessa mão de obra para realização de trabalhos externos<sup>19</sup> à instituição. O relato é que os internos de uma CT inspecionada, no Rio Grande do Norte, foram realocados para reformar uma casa de praia que pertencia à proprietária da comunidade terapêutica. Outro posto de trabalho frequentemente ocupado pelos internos trata-se da segurança do estabelecimento “não raro, as equipes de segurança da comunidade terapêutica são compostas pelas pessoas privadas de liberdade” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p. 86).

Destarte, observamos que a laborterapia é utilizada muito mais como fator de lucratividade e de viabilidade econômica do que como terapêutica, visto que, ao utilizar a força de trabalho dos internos, a instituição se isenta da admissão de forma regular de profissionais que realizem as tarefas de manutenção da instituição. Dessa maneira, os internos contribuem economicamente para as instituições, substituindo mão de obra que deveria ser remunerada e

---

<sup>19</sup> O trabalho externo continua sendo uma prática atual nas CTs, como podemos observar na matéria jornalística em que ocorreu a denúncia por apropriação de valores que os internos recebiam por prestar serviços externos à instituição. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/10/26/escravos-de-ganho-dependentes-quimicos-entregavam-mais-da-metade-do-dinheiro-que-ganhavam-a-pastor-de-igreja.ghtml>. Acesso em: 27 nov. 2023.

com direitos trabalhistas garantidos e também exercem trabalhos a instituição para captação de recursos e não recebem nenhum pagamento pelos serviços prestados. A seguir trazemos os relatos contidos no relatório a respeito do uso da laborterapia:

Quadro 21 – Alguns relatos do uso de laborterapia e de permanência de ex-internos para manutenção das CTs

[...] essa terapia se apresenta como trabalhos realizados pelos internos para a manutenção da unidade, tais como limpeza dos aposentos, da área externa da unidade, cozinha e outros serviços sem remuneração. [...] os internos também realizam a função de monitores da instituição, sem receber por tais atividades. Caso o interno não realize as atividades solicitadas pelos terapeutas, ele pode sofrer sanções disciplinares [...] Quando perguntado se os internos trabalham, o coordenador disse que não, o que existiria seria laborterapia. Quando questionado sobre quem fazia toda a manutenção da instituição e feitura da alimentação, ele informou que eram os internos, mas que não entendia essas tarefas como trabalho (p. 83-84)

Não existe nenhum funcionário de serviços gerais na CT e que todas as atividades da casa, inclusive a limpeza do canil, são feitas por elas (p.84)

A direção se utiliza das próprias acolhidas para manter o funcionamento da comunidade terapêutica, dividindo as atividades de limpeza da casa, dos quartos e banheiros, varandas, jardim e serviços de cozinha(p.84)

Após o café da manhã, que acontece das 8h às 9h, as pessoas realizam “terapia ocupacional”, a qual consiste em todo o trabalho de manutenção da comunidade terapêutica, que não conta com funcionário: limpeza da casa e do sítio, lavanderia, cozinha, horta, animais, manutenção predial, etc (p.84)

Foi informado também que um interno trabalhava na horta da clínica e outros dois na construção de uma quarta casa no local. Essas pessoas também não eram remuneradas, e sequer recebiam qualquer retorno pelo trabalho (p.85)

Os demais internos realizam trabalhos na casa como: cuidar da horta, galinheiro, pocilga, pegar lenha para o fogão, limpeza, cozinha, construção do novo alojamento, além de reforma na casa de praia da coordenadora. A própria diretora informou aos internos que precisaria reformar a casa para vender e usar o dinheiro na comunidade (p.85)

Todos os trabalhos de manutenção da comunidade são executados pelos internos. O pastor [nome excluído] (diretor da CT) chama isso de laborterapia. Há dois “obreiros”, internos que assumem uma espécie de monitoria das atividades. Eles usam coletes, crachás de identificação e apitos para controlar as rotinas da comunidade. O trabalho dos internos não é remunerado. Segundo o pastor, a laborterapia duraria apenas três horas por dia, sendo dividida em manhã e tarde. Essa informação é contrastante com os relatos recolhidos dos usuários que dizem trabalhar pelo menos seis horas por dia. Um dos usuários relatou já ter feito um serviço externo de mudança para um amigo do pastor (p. 85-86)

Todos os obreiros são voluntários, não havendo vínculo formal de trabalho e nem remuneração. A manutenção da unidade, como faxina, capina, limpeza geral, eletricidade, hidráulica e pintura é feita pelos internos e/ou obreiros (p. 97)

A CT funciona primordialmente sob responsabilidade de dois monitores. Eles trabalham por turnos de sete dias, alternando-se durante o mês. Os monitores não têm formação em saúde, mas cuidam de todos os detalhes do cotidiano(p.97)

Os dois obreiros não passaram por processo de formação para ocupar seus cargos. Foram escolhidos pelo diretor por serem internos “exemplares” na obediência às regras. Um interno que também é obreiro nos relatou que uma das suas funções é impedir a formação de “bolinhos” (rodas de conversa), para evitar que os internos conversem sobre os seus tempos de “ativa” (uso de drogas) F(p.97)

Houve relato de uma pessoa que estava lá há dois anos com a justificativa de ter se tornado um voluntário trabalhador da casa, porém, sem receber salário e com direito somente a uma ajuda de custo (p.102).

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

Além do uso da laborterapia em detrimento do trabalho formal e remunerado, o relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas apresentou outra forma de exploração de força de trabalho, o chamado trabalho voluntário, utilizado para camuflar violações de direitos trabalhistas. O documento sustenta que esta mão de obra travestida de voluntariado dá-se pelo recrutamento de profissionais sem a devida remuneração ou pela permanência de internos após o período de internação, assumindo postos de monitores, coordenadores ou obreiros, não tendo, portanto, suas atividades trabalhistas formalizadas. Aponta ainda que “em 15 das 28 comunidades inspecionadas, houve menção à presença de voluntários, que ocupam posições de monitores e obreiros, terapeuta, psicólogo, pedagogo e assistente social” (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.101).

O trabalho voluntário é regulamentado por lei federal, a lei nº 9.608/1998, com alteração realizada pela lei nº 13.297/2016, e em seu Art 1º. determina que é considerado serviço voluntário “a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa” (BRASIL, 2016). Já no Art. 2º está prescrito que “o serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, devendo constar o objeto e as condições de seu exercício” (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, grande parte das CTs violam as legislações trabalhistas e não cumprem o que está previsto na lei do trabalho voluntário, visto que, nas inspeções foram raras a identificação de termo de adesão que constituísse o contrato de trabalho voluntário pactuado

entre o trabalhador e a instituição. Também foram identificadas CTs em que toda equipe se dizia voluntária, dessa forma, observou-se que essas instituições constituem um cenário favorável para violação de direitos trabalhistas, mas também, seu caráter informal dificulta a apuração de violações de direitos (CFP; MNCPT; MPF, 2018).

Tal conduta adotada pelas CTs também viola as normas sanitárias estabelecidas pela RDC nº 29/2011 da Anvisa, a qual estabelece que essas instituições disponham, além da licença sanitária, de recursos humanos e equipe capacitada em período integral para prestar assistência integral aos internos. A referida resolução também estabelece que as instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação (BRASIL, 2011b). Conforme observado, a formação profissional não é condição para trabalho em CTs, é um ambiente insalubre, de trabalho precarizado que não raro se utiliza da mão de obra de profissionais e internos em substituição ao trabalho formal.

#### Quadro 22 – Precarização do trabalho

<p>A equipe é formada, em sua grande maioria, por “acolhidos” que se tornaram “monitores”; o serviço de manutenção do espaço é feito por eles próprios. De equipe especializada só foi observada a presença de uma psicóloga e um fisioterapeuta. Inclusive, os terapeutas (assim nomeados pelos internos) são pessoas que fizeram algum curso na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) e estão lá na modalidade de voluntários [...] Não existem funcionários registrados. No que diz respeito ao quadro de profissionais, todos atuam como voluntários (ou MEI) e recebem remuneração caracterizada como “ajuda de custo”. Logo, não há formalização de vínculos trabalhistas (p. 99)</p>
<p>Ficou evidenciado na visita que não existia equipe de saúde nem técnica alguma atuando na CT. O diretor – aluno do curso de psicologia e pastor – é a única pessoa que atua na comunidade, sem ser interno em tratamento. Os próprios internos desempenhavam funções ou responsabilidades sobre algumas tarefas de manutenção e organização da entidade (p. 99)</p>
<p>A comunidade conta com 13 funcionários: três contratados, um prestador de serviços, oito voluntários e um em outra função. Há uma assistente social, voluntária. Entre as voluntárias, seis já foram internas (p. 102)</p>
<p>Não há equipe técnica composta por profissionais habilitados para realizar um atendimento adequado. De acordo com informações da responsável pela comunidade terapêutica no momento da visita, trabalhariam lá: o proprietário, três coordenadores e uma psicóloga. A psicóloga e os coordenadores trabalham de forma voluntária, ou seja, sem qualquer tipo de vínculo empregatício. O regime de plantão seria permanecer uma semana na comunidade terapêutica, com folga na semana seguinte. Eles não recebem qualquer forma de pagamento pelas funções desempenhadas. Ou seja, não há respeito às leis trabalhistas na instituição. [...] Há</p>

apenas uma psicóloga, formada em 1985, com registro no CRP-MG, mas que não atuou na área desde então, nem fez cursos de reciclagem ou formação específica para atender em comunidades terapêuticas. É ex-interna da unidade tendo concluído seu tratamento em abril de 2017, desde então permanecendo como voluntária. Na verdade, observou-se que a profissional repete com as internas o modelo que foi aplicado a ela na instituição. Sua rotina consiste em aplicar, às segundas-feiras, o “FTI – Felicidade Trabalho Interior” – método desenvolvido na unidade – e os 12 Passos do Programa de Narcóticos Anônimos às quartas-feiras. Às vezes, a psicóloga desenvolve algumas dinâmicas em grupo e esporadicamente atendimentos individuais. Os atendimentos individuais podem ser demandados pelas internas ou pela própria instituição/ psicóloga. Mas não existe um projeto de “acompanhamento psicológico” para cada interna. Segundo as usuárias do serviço, esses atendimentos individuais consistiriam, sobretudo, em um processo de convencimento para que não abandonassem o tratamento antes de tê-lo finalizado e aconteceriam sempre que alguma interna manifestasse desejo de se retirar da CT. Outro ponto considerado problemático na atuação da profissional de psicologia é o fato de morar com as usuárias. A sua jornada de trabalho consiste em permanecer integralmente na instituição durante os sete dias da semana. Na semana seguinte, a psicóloga teria folga. Ou seja, em um mês de quatro semanas, em duas, a psicóloga estaria presente na CT. Ela também informou que irá realizar uma pós-graduação em dependência química nos próximos meses. Na mesma entrevista, a psicóloga disse nunca ter ouvido falar em “Raps” e também não saber que o Caps faz parte da rede (p.100)

Fonte: Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) Elaboração: Autoral.

No decorrer da inspeção, os profissionais frequentemente encontrados atuando nas comunidades terapêuticas foram enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, com condições de trabalho precárias e sem oficialização dos termos de voluntário, fatos que violam veementemente os códigos de ética e princípios profissionais dessas classes. Em algumas instituições foi identificado a absoluta ausência de profissionais de saúde, apenas internos e ex-internos, na condição de voluntários, desempenhando as atividades laborais e aplicando as metodologias de tratamento propostas pela instituição.

Ademais, no que se refere ao trabalho de ex-internos, a situação é bem mais complexa. Foram identificados casos em que tal trabalho era moeda de troca por abrigo e alimentação, essa apropriação da força de trabalho pode contribuir para manutenção da institucionalização dos sujeitos da mesma forma que contribui para a maximização do lucro dos administradores/proprietários.

É bastante simbólico o caso de uma das coordenadoras que é ex-interna e está há dois anos na comunidade. Nas semanas de folga, ela iria para um apartamento do dono da comunidade terapêutica, por não possuir outros vínculos familiares. Apresentava um discurso altamente institucionalizado e representava, de certa maneira, o trabalho realizado pela comunidade terapêutica, ou seja, o de institucionalizar mulheres e de não conseguir fazer com que elas quebrem o vínculo com a instituição. É como se ela não fosse capaz de pensar um projeto de vida para além da comunidade terapêutica. A mesma situação é observada em relação à psicóloga. Nesse sentido, também há dois

homens que moram na instituição há anos e que acabam por corroborar seu papel asilar e de institucionalização dos sujeitos. (CFP; MNCPT; MPF, 2018, p.103).

Nesse sentido, tanto a laborterapia quanto o voluntariado correspondem a trabalhos não pagos, visto que os frutos desse trabalho não retornam para o trabalhador em forma de salário (COSTA, P., 2020). Assim, o fenômeno trabalho nas CTs é gerido por estratégias de exploração. Nessa lógica, Costa (2020, p. 31) afirma que as CTs atuam numa “dinâmica de ganho-ganho”, pois além do financiamento do Estado, recebem doações ou pagamentos de mensalidades por pessoas com condições econômicas para financiar seu tratamento. Há ainda os ganhos oriundos da exploração do trabalho dos internos camuflada de finalidade terapêutica, dessa forma, no âmbito das CTs, a laborterapia tem dupla finalidade: produção e punição.

Outrossim, as CTs atuam na mesma perspectiva dos manicômios, pois, segundo Costa (2020, p.33), “estas servem para controlar, reprimir e explorar ao máximo os trabalhadores que perderam a capacidade de responder à normalidade dos interesses capitalistas de produção”. Nessa perspectiva, conforme o referido autor, ocorre a manicomialização e mercantilização dos cuidados de usuários de substâncias psicoativas. A desresponsabilização do Estado e o sucateamento da RAPS fortalece o crescimento das comunidades terapêuticas, direcionando para a complementação do público-privado em oposição ao fortalecimento de serviços de base territorial.

Diante dessa conjuntura, compreender o espaço das comunidades terapêuticas como violadores de direitos humanos significa dizer que essas instituições não respeitam os direitos dos sujeitos que nelas buscam tratamento. Os usuários são privados de gozar de seus direitos universais mais básicos, incluindo o direito à saúde mental. A saúde mental é um direito assegurado a todos os cidadãos “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno” (BRASIL, 2001). As CTs não respeitam o princípio da dignidade da pessoa humana nem partem da compreensão que todas as pessoas devem ser respeitadas como sujeitos de direitos, constituindo-se como um espaço perene de desproteção e violação de direitos sob o argumento da oferta de tratamento para o uso de SPAs.

Os sujeitos que recorrem às comunidades terapêuticas como alternativa de tratamento são submetidos a um processo de mortificação constante. A amputação das histórias e vivências dos usuários, imposta por estas instituições, implica na morte civil e perda identidade destes. Melhor dizendo, esse contexto também infere na tripla perda descrita por Mbembe (2016), lar, direitos e *status* político, e ainda uma adaptação às doutrinas religiosas e morais. Na perspectiva

dos direitos humanos o caminho seria outro: fortalecer a autonomia e a emancipação dos sujeitos, garantir acesso às políticas públicas, fomentar o exercício da cidadania, inclusão e participação social. Entretanto, as relações do Estado predominantemente proibicionista aliados aos estigmas socialmente construídos contra os usuários de substâncias psicoativas não viabilizam a garantia dos direitos humanos para esta população.

Outro agravante nesse *apartheid* vivenciado pelos usuários de SPAs está no processo de privatização, e de Estado mínimo para as políticas sociais, decorrente do neoliberalismo. As políticas neoliberais têm impactado profundamente as políticas sociais, sobretudo a política de saúde, repercutindo na saúde mental. Esse cenário contribui para a existência de serviços de saúde cada vez mais sucateados devido ao subfinanciamento das políticas, em detrimento do incentivo à atuação de instituições privadas, agravando a desigualdade social e inviabilizando o acesso da população mais vulnerável aos serviços. É nessa lacuna, propositalmente deixada pelo Estado, que encontramos a nova indústria da loucura, onde as CTs encontram seu espaço de atuação. Apresentando uma proposta de cuidado, permeada de violência e violações de direitos perpetradas contra os usuários que a elas recorrem, mas que é extremamente rentável para os “empresários” do ramo de CTs.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para construção desse estudo a etapa de pesquisa bibliográfica e documental foi basilar para formulação do entendimento teórico e normativo a respeito das políticas sobre drogas e de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas. Tal etapa também se constituiu como chave de interpretação do que o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas aponta como violação de direitos humanos. A partir da análise crítica do documento, em diálogo com o referencial teórico e normativo estudado, buscamos compreender como as CTs se legitimam e se alinham com o prescrito nos marcos teóricos e normativos e quais direitos humanos dos usuários são violados quando são submetidos ao tratamento nessas instituições.

Foi possível observar, à luz da legislação e bibliografia estudada, que as comunidades terapêuticas não se alinham com os marcos normativos da política de saúde mental nem com os princípios da reforma psiquiátrica. Principalmente por se tratarem de estabelecimentos de caráter asilar, que produzem violência, exclusão e controle de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Desse modo, entendemos que esta pesquisa cumpre com o objetivo proposto ao apresentar as violações de direitos humanos contidas no relatório por meio das categorias de análise estabelecidas e em diálogo com o referencial discutido nos capítulos iniciais.

As discussões a respeito da reforma psiquiátrica no Brasil, os caminhos percorridos até a promulgação da lei 10.216/2001 e da implantação da RAPS nos levam a entender que este percurso foi, e ainda é, atravessado por disputas de interesse e mobilização social. O lugar da loucura e dos “doentes mentais” sempre foi a margem da sociedade, excluídos e desprovidos de qualquer direito como cidadão. Com o surgimento de um novo modelo de atenção que planeja dar visibilidade a estes sujeitos, é notório e evidente uma reação de repulsa por parte de setores conservadores. Também deve-se destacar o impacto do neoliberalismo nas políticas públicas, tendo em vista que este defende a privatização, ou a complementação do público-privado com intuito de beneficiar economicamente a indústrias farmacêuticas, setores ligados à psiquiatria, assim como fomenta os novos manicômios, as CTS.

O debate acerca das políticas sobre drogas e do proibicionismo é fundamental para compreender os impactos nefastos que a política de “guerra às drogas” produz contra os usuários de substâncias psicoativas, ainda que seja uma guerra considerada falida em seus objetivos, por ser irreal uma sociedade livre do consumo de drogas. Os principais impactos causados pelo proibicionismo e pela política de “guerra às drogas” tem sido a criminalização dos sujeitos que usam substâncias psicoativas, produção de estigma, a violência do Estado,

principalmente contra a população pobre, negra, jovem, periférica e em vulnerabilidade social que estão à margem do sistema econômico capitalista (ESTRELA, 2021).

As propostas de tratamento oferecidas pelas CTs orientadas pelo trabalho, disciplina e espiritualidade, que põem a abstinência do uso de SPAs como condição para tratamento, não visam garantir o cuidado integral em saúde desses sujeitos. O propósito é enquadrá-los em uma doutrina moral e religiosa, despojando-os de suas vivências e subtraindo sua identidade enquanto sujeitos de direitos. A experiência de tratamento ofertada pelas CTs, não produz resultados satisfatórios, por ser permeada de muita violência, uma proposta deletéria que produz danos sociais e subjetivos aos sujeitos que vivenciam a privação de liberdade nesse tipo de instituição, por serem submetidos a constantes mutilações de personalidade, violações e explorações.

O fato de retirar os sujeitos do convívio social e impor-lhes novas condutas de acordo com preceitos religiosos, proibicionistas e moralistas por si já é de extrema violência. Mas no âmbito das CTs a violência vai além, caso não se enquadrem nas “regras da casa” os internos são submetidos a diversos tipos de punição física, moral e psicológica. O uso da laborterapia como forma de punição, a apropriação indevida de benefícios, a exploração do trabalho, o desrespeito à liberdade religiosa e a orientação sexual dos sujeitos são processos de mortificação do eu desses sujeitos, ou seja, uma verdadeira barbárie.

Nesse sentido, observamos que o discurso de humanização de comunidades terapêuticas (COSTA, P., 2020) trata-se de uma falácia, pois é inviável a humanização de um ambiente explicitamente violento, excludente e violador de direitos. As CTs desrespeitam a singularidade dos sujeitos no processo de tratamento e utilizam formas de tratamento substancialmente morais e religiosos. Paradoxalmente, essas instituições foram inseridas nas políticas públicas e na rede de atenção psicossocial. Tal inserção provoca erosão de uma política construída e implementada gradativamente ao longo dos últimos trinta anos, a qual possui experiências exitosas alinhadas aos princípios propostos pela reforma psiquiátrica, que tem em vista restituir os usuários ao convívio social e garantir-lhes o exercício da cidadania. É inconsistente a incorporação de um dispositivo que trabalhe com princípios de tratamento antagônicos ao desenvolvido pela política de saúde mental antimanicomial.

Outro ponto que vale ser destacado é que a mencionada inspeção que concebeu o relatório, o qual é nosso objeto de estudo, foi realizada em 2017, ano posterior ao golpe perpetrado contra a presidenta Dilma Rousseff e que estava iniciando a reconfiguração política no país. Em decorrência disto, a extrema direita assumiu o governo federal, viabilizando a ascensão da ideologia conservadora e dos evangélicos fundamentalistas no congresso, contexto

no qual os discursos repressivos e punitivistas tomaram grandes proporções. O documento, produto da inspeção, foi amplamente divulgado e apesar de ser um relatório robusto de informações acerca das violações detectadas nas CTs, nenhum posicionamento ou medida foram adotados por parte do Estado, ao contrário, ocorreu o fortalecimento das CTs por meio do financiamento com dinheiro público.

Nesse cenário, com arranjos políticos de vertente conservadora e neoliberal no poder, as comunidades terapêuticas se tornaram uma política de estado e de governo. As CTs passaram a ser financiadas pelo governo federal ainda no governo da presidenta Dilma Rousseff, no entanto, foi a partir do governo Temer e substancialmente no governo Bolsonaro. A partir de 2017, as CTs foram beneficiadas com um forte aporte financeiro, principalmente via Ministério da Justiça e Cidadania, Ministério do Desenvolvimento Social e por emendas parlamentares. No governo Bolsonaro registrou um aumento de cerca de 180% no financiamento de comunidades terapêuticas (PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2023), fortalecendo o paradigma proibicionista e da abstinência em detrimento do paradigma do cuidado em saúde.

As metodologias empregadas nas CTs afrontam veementemente a lei 10.216/2001, a qual tem como princípio orientador o cuidado em liberdade e a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, incluindo os usuários de SPAs. Já na lei de drogas (11.840/2019), que configura o cenário mais recente, o caminho é outro: segregação e punição. Esta contradição tem criado fortes impasses, pois enquanto a política de saúde opõe-se a ampliação das CTs, por outro lado, vem outros Ministérios como o da justiça e Segurança Pública e o do Desenvolvimento Social (ex-ministério da cidadania), e injetam recursos nesses estabelecimentos (COSTA, P., 2020), ocasionando a inconsistência nas redes e desorganização dos fluxos de cuidado.

Por isso, tratamos das convergências entre as políticas de saúde e justiça, porque os fluxos de tratamento dos usuários deveriam ser responsabilidade dos serviços de saúde, mas esta responsabilidade está sendo desviada sob o argumento de insuficiência dos dispositivos de cuidado em território. Porém, entendemos que esta também é uma estratégia do Estado para manter os sujeitos “indesejáveis” fora da sociedade e beneficiando a nova “indústria da loucura”, as comunidades terapêuticas.

E, para isso, disseminam a justificativa de fragilização da rede de atenção psicossocial a fim de favorecer e aquecer o setor econômico atrelado às CTs. Possivelmente, o cenário atual, pós-inspeção, é bem mais espantoso, tendo em vista que nos últimos cinco anos as CTs se expandiram vertiginosamente dado o apoio e incentivo financeiro por parte do governo federal. Também faz parte dos desafios a serem enfrentados, as interpretações acerca da legitimação da

atuação dessas instituições trazidas pela “nova” lei de drogas, a lei 13.840/2019, e da nova Política Nacional Sobre Drogas, através do Decreto n. 9.761/2019, que enfatizam a abstinência e o “acolhimento” em CTs em detrimento do cuidado em território e da redução de danos.

Os relatos extraídos do relatório e trazidos ao longo da análise das categorias revelam o caráter violento e violador de direitos que as CTs atuam e que estas instituições contribuem para monitoramento e controle dos corpos. Também revelam que as CTs são ambientes que não dispõem de estrutura física nem de recursos humanos adequados para prestar assistência integral aos sujeitos, nem estão em articulação com a rede de atenção psicossocial conforme proposto pela política de saúde mental, e por isso, não são consideradas equipamentos de saúde. Além disso, observamos também que as comunidades terapêuticas fazem uma intensa mobilização em torno da permanência dos internos na instituição, como “voluntários”, não garantindo seus direitos trabalhistas, isto pode estimular a institucionalização permanente dos sujeitos ao universo da CT, impossibilitando seu retorno ao convívio social.

Ao longo da discussão das cinco categorias e mediante o diálogo com a produção científica e com a legislação, foi possível compreender que as comunidades terapêuticas são instituições violadoras de direitos humanos. Nos marcos normativos em que estão inseridas, encontram-se em um campo de indeterminação, não são fixadas como equipamentos de saúde ou de assistência. Mas, a partir de 2019, com intenção de camuflar o caráter asilar e manicomial das CTs, elas são gentilmente chamadas de “acolhedoras”. Uma mudança intencional por parte do Estado a fim de alinhar as CTs a política antidrogas, partindo do pressuposto da abstinência (COSTA, P., 2020), e mantendo o paradoxo com a política de saúde a qual tem como diretriz a redução de danos.

Nesse contexto, concluimos que, as comunidades terapêuticas não têm nada de acolhedor, não são assistenciais e muito menos residenciais. CTs são, na verdade, ambientes de caráter asilar que se assemelham aos manicômios por sua metodologia de retirar sujeitos que não estão alinhados ao sistema de produção capitalista do convívio social e impõe-lhes tratamento moral, assim, infere-se que estas instituições são uma reatualização dos manicômios (COSTA, P., 2020).

Também pontuamos que, mesmo esta dissertação trazendo apontamentos relevantes, faz-se necessário a continuidade dos estudos sobre esta temática, principalmente de estudos empíricos, pois, atualmente, a ausência de dados concretos sobre o universo das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017; CFP; MNCPT; MPF, 2018) dificulta bastante a realização de estudos mais aprofundados, sobretudo aquelas CTs que não estão devidamente regulamentadas ou

atuam com outras nomenclaturas, uma vez que as CTs não regularizadas encontram-se em um “ponto cego” do sistema.

As CTs são entidades que não tem uma política definida para sua atuação e estão na constante procura de espaços que coadunam com seus princípios proibicionistas e religiosos para se inserirem. A ausência de fiscalização e monitoramento dessas instituições dão abertura para manutenção de violação de direitos humanos executadas nesses espaços, nesse sentido, faz necessário a implementação de mecanismos de fiscalização e controle, principalmente por se tratar de instituições que recebem financiamento público. Também observamos a necessidade de estudos empíricos, não apenas das instituições que se denomina CTs, mas também daquelas que desempenham essas atividades, mas se utilizam de outras nomenclaturas. Faz-se necessário a avaliação da eficácia dessas instituições, pois até o momento a comprovação científica da atuação de CTs, de suas práticas e possíveis resultados no tratamento de usuários de SPAS é inexistente.

É urgente o fortalecimento do controle social e dos movimentos sociais, manter o movimento da luta antimanicomial ativo e procurar romper com o discurso higienista e moralista implantado na sociedade. É necessário resistência para enfrentamento a estas instituições intensificadoras do sofrimento das pessoas, e as violações de direitos humanos por elas produzidas. Mas para além do movimento contra a atuação das CTs, necessita-se também de um posicionamento do poder público para realizar um mapeamento minucioso, ampliar as inspeções e fiscalização nesses espaços, mas também investir no fortalecimento da RAPS.

Sob este aspecto, o ideal não é apenas o aniquilamento das CTs, mas a construção do entendimento de que é necessário o fortalecimento de serviços de base territorial. É primordial implementação da concepção de que pessoas, mesmo em situações distintas do que a sociedade idealiza, como é o caso dos usuários de substâncias psicoativas, devem ter seus direitos humanos preservados, assim como devem exercer sua cidadania com autonomia.

Comunidade terapêutica é manicômio! E seguiremos na luta ainda por uma sociedade sem manicômios.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, G. A.; LIMA, F. A. C. Experiências com o fenômeno da abstinência no Caps Ad do Município de Maranguape, Ceará. **Revista FSA**, [s.l.], v. 19, n. 9, 2022.
- ALMEIDA, O. M. **Loucura e cidadania**: uma experiência de assessoria jurídica popular universitária em Direitos Humanos e Saúde Mental. 2016. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Departamento de Ciências Jurídicas, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- ALMEIDA, S. L. Necropolítica e neoliberalismo. **Caderno CRH**, [s.l.], v. 34, 2021.
- ALVES, V. S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)**. 2009. 365f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela Vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANOLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ANDRADE, H. S.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 32, p. e320116, 2022.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). Nota de repúdio à criação do departamento de apoio às comunidades terapêuticas. **ABRASME**, [s.l.], jan. 2023. Seção Notícias. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/179604/nota-de-repudio-criao-do-departamento-de-apoio-s-comunidades-teraputicas> Acesso em: 28 nov. 2023.
- BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S.; FUENTES, A. C. R. C. Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. **Psicologia: ciência e profissão**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 726-737, 2010.
- BAPTISTA, Juliana Ávila *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 73, p. e20180508, 2020.
- BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [s.l.], v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012.

BARBOSA-FOHRMANN, A. P.; MARTINS, L. M. Previsão constitucional do direito social à saúde mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1-13, jan./mar. 2021.

BARCELLOS, W. S. As políticas sobre drogas e os desafios recentes ao proibicionismo. *In*: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 199-312.

BARCELOS, K. R. *et al.* A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 130-140, jan-mar. 2021.  
BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: edições 70, 2011.

BARCELLOS, W.S. Proibicionismo e necropolítica: os desafios do serviço social em tempos de pandemia. *In*: GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. O. (Orgs.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 387-404.

BARRETO NETO, H. M. Padrões de uso de drogas, vulnerabilidade e autonomia: uma análise jurídico-bioética sobre o art. 28, caput, da lei n. 11.343/2006. *In*: SILVA, M. N. A. S.; ENGELMANN, W. (Orgs.). **Biodireito: XXII Congresso Nacional do Conpedi**. São Paulo: Fundação José Arthur Boiteux, 2013. p. 355-378. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=9e69fd6d1c5d1cef#:~:text=S%C3%A3o%20inco%20os%20padr%C3%B5es%20de,uso%20nocivo%20Fabuso%20e%20depend%C3%A> ncia. Acesso em: 13 mar. 2023.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz, 2014.

BENELLI, S. J. Goffman e as instituições totais em análise. *In*: BENELLI, S. J. (Org.). **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2014. p. 23-62.

BITTENCOURT, J. Governo Temer desmonta, com uma canetada, programa de saúde mental modelo para o mundo. **Revista Fórum**. 14 dez. 2017. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/2017/12/14/governo-temer-desmonta-com-uma-canetada-programa-de-saude-mental-modelo-para-mundo-24687.html>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BOKANY, V. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015; CONAD, 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1231-1248, out.-dez. 2015.

BORGES, S. A. C.; SANTOS, M. L. R.; PORTO, P. N. Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, p. 430-441, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota técnica nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA**. Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. [S.l.]: ANVISA, 2013. Disponível em:

[http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota\\_T%C3%A9cnica\\_55\\_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota_T%C3%A9cnica_55_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815). Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei n. 3.657, de 29 de setembro de 1989**.

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 29 set. 1989. Disponível em:

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 3, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: CONAD, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**.

Brasília, 1988. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

Brasília: Subchefia Para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-)

[2010/2010/decreto/d7179.htm#textoimpresso](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#textoimpresso) Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-). Acesso em: 05 mar. de 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.634 de 14 de agosto de 2023**. Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-)

[2026/2023/decreto/D11634.htm#:~:text=D11634&text=Altera%20o%20Decreto%20n%C2%BA%2011.392,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11634.htm#:~:text=D11634&text=Altera%20o%20Decreto%20n%C2%BA%2011.392,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a). Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto nº 85.110 de 02 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1980. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 06 mar. de 2023.

BRASIL. Divisão Nacional de Saúde Mental. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. [Relatório Final].

BRASIL. **Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nºs 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nºs 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp187.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp187.htm). Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm) Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.297 de 16 de junho de 2016**. Altera o art. 1º da Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, para incluir a assistência à pessoa como objetivo de atividade não remunerada reconhecida como serviço voluntário. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113297.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113297.htm). Acesso em: 08 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1971. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L5726.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm) Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm). Acesso em: 10 mar. 2023.

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 e dá outras providências. Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 07 de out de 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19608.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19608.htm). Acesso em: 08 set. de 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Resolução CONAD nº 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problema associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2015. Disponível em: [https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/421/3/RES\\_CONAD\\_2015\\_1.html](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/421/3/RES_CONAD_2015_1.html) acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Brasília: SENAD, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Centro de Documentação, 1986. [Relatório final].

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Coordenação de Saúde Mental, 1994. [Relatório final].

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. [Relatório Final].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.028, de 1º de julho de 2005**. Regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substância ou drogas que causem dependência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991**. Altera o financiamento das ações de saúde mental. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html). Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html). Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial-RAPS**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/852-profissional-e-gestor/41052-rede-de-atencao-psicossocial-raps>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial**, Brasília, p. 62, 1 jul. 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Rev. Ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Portaria do MDS nº 907 de 07 de agosto de 2023**. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026. Brasília, DF: MDS, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mds-n-907-de-7-de-agosto-de-2023-501509367>. Acesso em: 10 de set. de 2023.

BRASIL. **Portaria GM nº. 816, de 30 de abril de 2002**. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (Org.). **Legislação em saúde mental**: 1990- 2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p.141-150.

BRASIL. Portaria GM nº. 817, de 30 de abril de 2002. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (org.). **Legislação em saúde mental**: 1990- 2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 151-155.

BRASIL. Portaria SAS nº. 189, de 20 de março de 2002. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (org.). **Legislação em saúde mental**: 1990- 2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 273-290.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Aprisionamento Feminino – Período Julho a dezembro de 2022**. 2023. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTFkZDA5MDEtZmJjNi00YjRhLTlkOTUtYWUxZjE3NWE3NDU5IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9&pageName=ReportSectionf330443a7e0c245a2804>. Disponível em: 28 nov. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Medidas de Segurança**. Brasília, DF: TJDF, 2023. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/a-doutrina-na-pratica/medidas-de-seguranca#:~:text=As%20medidas%20de%20seguran%C3%A7a%20constituem,tornem%20a%20cometer%20il%C3%ADcitos%20penais>. Acesso: 14 nov. 2023.

BRITES, C. M. Consumo de psicoativos, proibicionismo e ética profissional das (os) assistentes sociais. *In*: PASSOS, R. G. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 249-276.

BRITES, C. Políticas de drogas no Brasil: usos e abusos. *In*: BOKANY, V. (org.). **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça, proximidades e opiniões. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 119-141.

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

CALSAVARA, V. J.; MARQUES, B. B. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 80-91, 2017.

CAMPOS, M. S. O novo nem sempre vem: lei de drogas e encarceramento no Brasil. **Boletim de Análise Político-Institucional: IPEA**, [s.l.], p. 31-37, dez. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8877> Acesso em: 15 jan. 2023.

CARVALHO, R. N.; PICORNELL-LUCAS, A. Retratos da Reforma Psiquiátrica: aproximações entre Brasil e Espanha. **Argumentum**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 107-124, 2020.

CAVALCANTI, G. J. V.; BATISTA, G. B. M. A política de “guerra às drogas” no Brasil sob a perspectiva da Criminologia Crítica. In: GARCIA, R. M. *et al.* (orgs.). **Sistema de justiça criminal e gênero: diálogos entre as criminologias crítica e feminista**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2020. p. 62-88.

CELUPPI, I. C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 43, p. 302-313, 2019.

CFESS. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas**: contribuições do CFESS para o debate. CFESS: Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2023.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde em debate**, [s.l.], v. 38, p. 359-367, 2014.

CONNECTAS - Conectas Direitos Humanos; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: CONECTAS, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP; MNPCT; MPF, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Documentos Emitidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social Sobre Comunidades Terapêuticas**. Brasília, DF: CNAS, 2022.

CORREIA, L. C. A mobilização jurídico-política do Movimento Antimanicomial no Brasil. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, [s.l.], n. 59, p. 365-411, jul./dez. 2021.

CORREIA, L. C. O movimento antimanicomial: movimento social de luta. **Prim Facie**, [s.l.], v. 5, n. 8, p. 83-97, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/article/view/7186>. Acesso em: 9 set. 2022.

CORREIA, L. C. **Por uma pedagogia da loucura**: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2018. 383 f. Tese

(Doutorado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CORREIA, L. C. Responsabilidade Internacional por Violação de Direitos Humanos: o Brasil e o Caso Damião Ximenes. **Prim Facie**, [s.l.], v. 4, n. 7, p. 79-94, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/primafacie/article/view/4560>. Acesso em: 10 set. 2022.

CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. **Revista Jurídica (FURB)**, [s.l.], v. 23, n. 50, p. e7918, 2019.

CORREIA, L. C.; SOUSA JUNIOR, J. G. O Movimento Antimanicomial como sujeito coletivo de direito. **Revista Direito e Práxis**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 1624-1653, 2020.

COSTA, N. R. *et al.* Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, p. 4603-4614, 2011.

COSTA, P. H. A. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. **Serviço Social em Debate**, [s.l.], v. 3, n. 2, 2020.

COSTA, P. H. A. Há espaço para a redução de danos em políticas antidrogas? **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 226–242, 2021.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**, [s.l.], p. 41-66, 2015.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPS AD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, p. 3233-3245, 2018.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 3, 2020, e 00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 2, e0021241, 2019.

Disponível em: [ESTRELA, M. L. P. \*\*Mulheres e tráfico de drogas\*\*: uma análise crítica das tramas tecidas em produções científicas brasileiras. 2021. Dissertação \(Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas\) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.](http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/852-profissional-e-DUARTE, M. J. O.; ARAUJO, R. C. C. Criminologia Crítica, Drogas E Saúde Mental: Integrando Os Saberes. In: PASSOS, R. G. (Org.). Serviço Social, Saúde Mental e Drogas, Campinas, p. 277-297, 2017.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

FARIAS, J. S. *et al.* Saúde Mental, Drogas e Comunidades Terapêuticas Religiosas: uma análise das suas origens e desdobramentos no cenário brasileiro. *In: CONASSS/ XII SIMPSSS*, 9., 2020, [s.l.]. **Anais [...]**. 2020.

FARIAS, J. S.; PASSOS, R. G. Saúde Mental e drogas: o avanço do conservadorismo em tempos de golpe—o caso das comunidades terapêuticas. *In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 16., 2018, [s.l.]. **Anais [...]**. 2018.

FERRUGEM, D. Guerra às drogas? **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 44-54, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/47208/31997>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/yQFZQG48VQvdYW8hQVMYbCd/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FRUTUOSO, L. M.; RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A. Drogas e alienação: para além da droga-mercadoria e do capital. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 25, n. 4, p. 412-423, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2020000400005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2020000400005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 08 mar. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, M. G. Atenção Psicossocial: conceitos, diretrizes e dispositivos clínicos, *In: BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. (Org.). Álcool e outras drogas: da coerção à coesão*. Florianópolis: UFSC, 2014. p. 11-65.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. CIDADE: EDITORA, 1961.

GONÇALVES, D. D. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, [s.l.], v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019.

GULJOR, A. P.; AMARANTE, P. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. **Cadernos do CEAS**, Salvador/Recife, n. 242, p. 635-656, set./dez., 2017.

HEIDRICH, A. V. Isolados e aglomerados desde sempre: sobre a necessidade de avançar a luta pelo fim dos manicômios. *In: GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Orgs.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 35-54.

IAMAMOTO, M. V.. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, v. 3, p. 09-32, 2001.

INGLEZ-DIAS, A. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, p. 147-158, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA(IPEA). **Nota Técnica**. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: IPEA, 2017.

KARAM, M. L. Violência, militarização e ‘guerra às drogas’. *In*: KUCINSKI, B. *et al.* (orgs.). **Bala perdida**: violência policial no Brasil e os desafios para sua superação. São Paulo: Boitempo, 2015. p. 33-38.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 55-73, 2015.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. *In*: CECILIA, M.; AKERMAN, M.; WAGNER, G. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 615-634.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, p. 399-407, 2007.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em estudo**, [s.l.], v. 15, p. 17-26, 2010.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e sociedade**, [s.l.], v. 26, p. 155-170, 2017.

MACHADO, A.R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface**, Botucatu, 2020; [https://doi.org/10.1590/ Interface.190090](https://doi.org/10.1590/Interface.190090).

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, [s.l.], v. 33, p. 580-595, 2013.

MANIFESTO DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Bauru, dezembro de 1987.

MARTINS, L. M. Corpos, instituições e necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária das pessoas com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas. **Teoria Jurídica Contemporânea**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 189-213, 2020.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, [s.l.], n. 32, p. 122-151, 2016.

MEXKO, S.; BENELLI, S. J. A Política Nacional de Saúde Mental brasileira: breve análise estrutural. **Revista Em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, [s.l.], v. 20, n. 49, 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade, 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MORAES-FILHO, I. M. *et al.* Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil a partir da nota técnica n 11/2019. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 115-118, 2019.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/obid>. Acesso em: 10 dez. 2022.

OLIVEIRA, M. F. M. **O proibicionismo sob o neoliberalismo: guerra às drogas e hegemonia burguesa no Brasil**. 2020. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Goiânia, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Health Report, Working Together for Health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432> Acesso em: 10 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração De Caracas**. 1990.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 55-75, 2017.

PASTANA, D. R. Cultura do medo. **Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais**, Araraquara, n. 10, p. 71-82, 2004.

PINHO, L. **Salud mental: ¿Retrocesos o contra-reforma en Brasil?**. 2023 Disponível: <https://idepsalud.org/leonardo-pinho-salud-mental-retrocesos-o-contra-reforma-en-brasil/#:~:text=Sa%C3%BAde%20Mental%3A%20Retrocessos%20ou%20Contra,%C3%A0%20cena%20central%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 28 nov. 2023.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, p. 4579-4589, 2011.

PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. **Portal da Câmara dos Deputados**. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 15 de out. de 2023.

PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 44, p. 250-263, 2020.

QUEIROZ, L. A.; ASSIS, F. B.; MARTINHAGO, F. Perfil dos processos de internação compulsória decorrentes do uso de drogas: uma pesquisa documental. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 46, p. 819-831, 2022.

QUINTAS, A. C. M. O.; TAVARES, P. S. P. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 44, p. 198-209, 2020.

ROSA, E. Z. Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [s.l.], v. 13, n. 37, p. 1-22, 2021.

ROSATO, C. M.; CORREIA, L. C. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **SUR-Revista Internacional de Direitos Humanos**, [s.l.], v. 8, n. 5, p. 115-134, 2011.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 19, 2021. e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS (SENAPRED). Ministério da Cidadania. **Planos de ação e planejamento**. Brasília, DF: SENAPRED, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS (SENAPRED). Ministério da Cidadania. **Informes de gestão 09/2020**. Brasília, DF: SENAPRED, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS (SENAPRED). Ministério da Cidadania. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF: SENAPRED, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: bibliografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s.l.], v. 26, p. 1169-1187, 2019.

SEVERO, F. M. D. *et al.* Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, N. especial 3, p. 9-14, 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, p. 845-856, 2017.

SILVA, J. K. N. O controle de substâncias ilegais: os tratados internacionais antidrogas e as repercussões sobre a legislação brasileira. **CSONline-Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, [s.l.], n. 20, p. 92-121, 2015.

TANNUSS, R. W. **O corpo como campo de batalha: análises sobre o transporte de drogas feminino para o sistema prisional.** 2022. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TOLEDO, L.; COUTINHO, C.; BASTOS, F. I. **Panorama sobre a política de drogas e Saúde Mental no Brasil contemporâneo: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República.** 2016. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

TORCATO, C. E. M. Breve história da proibição das drogas no Brasil: uma revisão. **Revista Inter-Legere,** Natal, n. 15, p. 138-162, 2014.

TORCATO, C. E. M. O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change,** Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 117-125, 2013.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 24, p. 1041-1050, 2019.

VI O MUNDO. Leonardo Pinho e Elaine Pelaez: Psiquiatria de mercado e “redenção” via comunidades terapêuticas por trás da 2ª onda da contrarreforma psiquiátrica. **Vi o Mundo,** 2021. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/leonardo-pinho-e-elaine-pelaez-psiquiatria-de-mercado-e-redencao-via-comunidades-terapeuticas-por-tras-da-2a-onda-da-contrarreforma-psiquiatrica.html>. Acesso em: 28 nov. 2023.

WACQUANT, L. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.