



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ROSIANE OLIVEIRA DA COSTA**

**CAPITALISMO, SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UMA  
ANÁLISE DA TENDÊNCIA PARA OS TRATAMENTOS DOS SUJEITOS**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2020**

**ROSIANE OLIVEIRA DA COSTA**

**CAPITALISMO, SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UMA  
ANÁLISE DA TENDÊNCIA PARA OS TRATAMENTOS DOS SUJEITOS**

Dissertação apresentada à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

**Linha de Pesquisa:** Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

**Orientação:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE – PB  
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837c Costa, Rosiane Oliveira da.  
Capitalismo, saúde mental e políticas sobre drogas  
[manuscrito] : uma análise da tendência para os tratamentos  
dos sujeitos / Rosiane Oliveira da Costa. - 2020.  
162 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade  
Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas ,  
2020.  
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva ,  
Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Drogas. 2. Proibicionismo. 3. Reforma psiquiátrica. 4.  
Saúde Mental e capitalismo. 5. Serviço social. I. Título  
21. ed. CDD 362.2

**ROSIANE OLIVEIRA DA COSTA**

**CAPITALISMO, SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS SOBRE DROGAS: UMA ANÁLISE DA TENDÊNCIA PARA OS TRATAMENTOS DOS SUJEITOS**

Dissertação apresentada à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

**Linha de Pesquisa:** Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

APROVADA EM: 28 de setembro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr<sup>a</sup> Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)



---

Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Garcia (examinadora externa)  
Universidade Federal do Espírito Santo (PPGPS/UFES)



---

Prof. Dr<sup>a</sup> Mônica Barros da Nóbrega (examinadora interna)  
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina Ribeiro da Costa (suplente)  
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

**CAMPINA GRANDE - PB**  
**2020**

“Tempo é viver, é celebrar, é conhecer. Tempo é poder amar ao nosso tempo. O tempo só pode ser a mágica de fazer tudo acontecer e possibilitar que os sonhos possam florescer, leve o tempo que precisar” (JENIFFER HARTH).

## AGRADECIMENTOS

O momento de agradecer é o mais especial dessa jornada acadêmica, porque nos leva a refletir sobre todo o processo até a chegada da obra final. O mestrado é uma experiência muito rica e árdua. A construção de conhecimento requer amadurecimento e comprometimento com o nosso objeto de estudo (a explícita relação de amor e ódio é real). Assim, faz-se necessário agradecer a todos que fizeram parte desta história.

Agradecer a Deus, primeiramente e sempre, por me fortalecer diante das dificuldades e manter minha fé em dias melhores.

À minha família, por todo amor e apoio nas minhas escolhas desde sempre, especialmente à minha irmã *Rosimara* e à minha sogra *Marília* pelo suporte com meu filho nos dias que precisei me ausentar para cumprir com as obrigações do mestrado.

Ao meu esposo *Francisco Costa*, pelo companheirismo na vida e no mundo acadêmico.

Ao meu filho *João Felipe*, por todo amor e paciência nos dias em que a mamãe não pôde brincar e compartilhar de alguns momentos devido à escrita desta dissertação.

À minha orientadora *Alessandra Ximenes*, pelo compartilhamento de conhecimentos. Uma profissional exemplar e dedicada à luta por seus ideais e por uma sociedade mais justa e igualitária. Obrigada por todo ensinamento, você se tornou uma referência a ser seguida continuamente.

À minha psicóloga *Luziane Bezerra*, por ser luz nos dias difíceis; por toda a dedicação e humanismo em seu trabalho. És um ser humano e uma profissional incrível!

À minha turma do mestrado, pelos dias compartilhados. Em especial, à *Nívea Maria* pela amizade e companheirismo nesse processo, pela vibração a cada etapa conquistada e pelas palavras de ânimo nos momentos de angústia, por sempre se fazer presente.

À *Universidade Estadual da Paraíba*, instituição que faz parte da minha vida acadêmica desde o princípio.

Aos *mestres* pelo comprometimento e dedicação com o Programa da Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB, com os quais tive a oportunidade de apreender ricos e preciosos conhecimentos para a vida acadêmica e pessoal. Em especial, à *Moema Serpa* e à *Jordeana Davi*, pelo incentivo e dedicação, a fim de que eu não desistisse do meu objeto de estudo e seguisse na caminhada da pós-graduação.

À minha querida (ex) professora *Sandra Amélia*, que me conduziu nas áreas da saúde mental e das drogas desde o período de graduação; um ser humano e uma profissional incrível, que sempre foi e será referência para minha vida.

A todos vocês, muito obrigada! GRATIDÃO por todos os momentos.

## RESUMO

A presente dissertação objetiva analisar os principais elementos constitutivos para a tendência ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas na fase capitalista imperialista neoliberal. A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, pois esta permite a análise na totalidade do objeto de estudo em seu processo de investigação e exposição. Para empreender o estudo, estruturou-se o processo na revisão bibliográfica e na análise documental, o que permitiu um amplo alcance de informações para compreender, inicialmente, o contexto da saúde mental no modo de produção capitalista, destacando que, a partir desse sistema, a saúde física e mental da classe trabalhadora é comprometida tanto pela precariedade no mundo do trabalho quanto pelas condições de vida, principalmente a partir das mudanças societárias oriundas da crise estrutural do capital. Essas mudanças ainda são mais intensas nos países dependentes, devido às particularidades nas formações sócio-históricas. A implementação das políticas neoliberais aprofundou essa dependência até os dias hodiernos e implicaram em expropriações de direitos sociais; sucateamento dos espaços públicos; mudanças no mundo do trabalho – prolongamento da jornada de trabalho à intensificação deste; superexploração; e a desestruturação das políticas sociais, entre elas, a política de saúde mental e de drogas. O período do estudo compreendeu os governos de Dilma Rousseff (2010-2016); o governo de Michel Temer (2016-2018); e o primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro (2019). A análise dos dados evidencia três elementos constitutivos para a tendência à (re)manicomialização no âmbito do tratamento aos sujeitos com problemas relacionados a um determinado padrão de uso das substâncias psicoativas: a) o proibicionismo e a abstinência numa perspectiva de individualização do sujeito, que tem o fracasso ou sucesso, frente a um determinado padrão de relação com as drogas; b) o encarceramento dos sujeitos através de medidas de internação involuntária e composição das comunidades terapêuticas, que foram incluídas como serviço de saúde; e c) uma nova forma de financiamento da Política sobre Drogas como subsídio para o fortalecimento do proibicionismo e das Comunidades Terapêuticas no Brasil. A ideologia hegemônica do proibicionismo é contrária aos pressupostos dos direitos humanos e sociais, porque dificulta as ações em torno da saúde coletiva, com a redução de danos; contribui para o superencarceramento nas penitenciárias brasileiras e para o extermínio de milhares de pessoas, principalmente jovens, negros e pobres. Esse debate envolve uma série de profissionais, entre eles, os assistentes sociais que precisam fundamentar e amadurecer as discussões acerca das substâncias psicoativas, especialmente porque as atuais legislações pertinentes à temática normatizam o modo como o Estado e a sociedade brasileira vêm respondendo a essa realidade. No atual contexto neofascista, é necessária a articulação da sociedade civil e dos demais segmentos populares para uma mobilização de resistência a essa tendência contemporânea conservadora que atende aos interesses de lucratividade do capital.

**Palavras-chave:** Drogas. Proibicionismo. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental e Capitalismo.

## ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the main constituent elements for the treatment of subjects with problems arising from a certain pattern of relationship with psychoactive substances in the neoliberal imperialist capitalist phase. The theoretical and methodological foundations of this research are based on the dialectical reason of critical social theory, as it allows the analysis of the entire object of study in its investigation and exposure process. In order to undertake study, structured the process in bibliographic review and document analysis, which allowed us a wide range of information to understand, initially, the context of mental health in the capitalist mode of production, highlighting that from this system physical and mental health the working class is compromised both by precariousness in the scope of work as by living conditions, mainly due to the societal changes arising from the structural crisis of capital. These changes are even more intense in the dependent countries due to the particularities in socio-historical formations. The implementation of neoliberal policies deepened this dependence until today and implied expropriations of social rights, scrapping of public spaces, changes in the world of work - extension of the work day, intensification of work, overexploitation, and the disruption of policies among them, the mental health and drugs policy. The study period was the governments of Dilma Rousseff (2010-2016), the government of Michel Temer (2016-2018), and the first year of the government of Jair Bolsonaro (2019). The analysis of the data shows three tendencies for the treatment to subjects with problems related to a certain pattern of use of psychoactive substances: a) prohibition and abstinence in a perspective of subject individualization, who has failure or success, in face of a certain relation pattern with drugs; b) the imprisonment of the subjects, through measures of involuntary internment and composition of the therapeutic communities, which were included as a health service; and c) a new form of financing for the Drug Policy as a subsidy to strengthen prohibitionism and Therapeutic Communities in Brazil. The hegemonic ideology of prohibitionism is contrary to the assumptions of human and social rights, hinders actions around collective health, with harm reduction, contributes to the over-incarceration in Brazilian prisons and the extermination of thousands of people, especially young people, black and poor. This debate involves a series of professionals, among them, social workers who need to base and mature the discussions about psychoactive substances, especially since the current legislation relevant to the theme standardizes the way in which the State and Brazilian society have been responding to this reality. In the current neo-fascist context, the articulation of civil society and other popular segments is necessary for a mobilization of resistance to these conservative contemporary trends that serve the interests of capital's profitability.

**Keywords:** Drugs. Prohibitionism. Mental Health and Capitalism. Psychiatric Reform.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
**ABRASME** - Associação Brasileira de Saúde Mental  
**ABP** – Associação Brasileira de Psiquiatria  
**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**BM** - Banco Mundial  
**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial  
**CAPS AD** - Centros de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas  
**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
**CEME** - Central de Medicamentos  
**CF** - Constituição Federal  
**CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social  
**CFM** – Conselho Federal de Medicina  
**CFP** - Conselho Federal de Psicologia  
**COGE** - Comitê de Gestão Empresarial  
**CTs** – Comunidades Terapêuticas  
**CUT** - Central Única dos Trabalhadores  
**DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental  
**EC** – Emenda Constitucional  
**EBSERH** – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
**FMI** - Fundo Monetário Internacional  
**LOS** – Lei Orgânica da Saúde  
**MNLA** – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial  
**MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
**OMC** - Organização Mundial do Comércio  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**ONU** – Organização das Nações Unidas  
**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)  
**PAIUAD** – Política de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas  
**PDRE** - Plano Diretor da Reforma do Estado  
**PNAD** – Política Nacional sobre Drogas  
**REME** – Movimento de Renovação Médica

**RENILA** – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira

**RP** - Reforma Psiquiátrica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Gastos em serviços de saúde e em Saúde Mental .....	67
Quadro 2 - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) .....	95
Quadro 3 - IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial .....	96
Quadro 4 - Resolução nº 01 de março de 2018/CONAD .....	101
Quadro 5 - Decreto nº 9.761 de 2019/ Política Nacional sobre Drogas .....	103
Quadro 6 - Distribuição das Comunidades Terapêuticas por regiões geográficas e as vagas disponibilizadas. ....	111
Quadro 7 - Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil.....	114
Quadro 8 - Lei nº 13.840 de 2019.....	122

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Evolução da arrecadação do FUNAD de 2015 a 2020 .....	127
------------------------------------------------------------------	-----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 2 – CAPITALISMO, SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA</b>	<b>23</b>
2.1 CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL, TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SAÚDE MENTAL .....	29
2.2 A PARTICULARIDADE BRASILEIRA NA INSERÇÃO AO CAPITALISMO MUNDIAL: ANÁLISE DAS PARTICULARIDADES SÓCIO-HISTÓRICAS .....	36
<b>2.2.1. As implicações do neoliberalismo no cenário brasileiro: a contrarreforma do Estado brasileiro .....</b>	<b>39</b>
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS DOS PRINCIPAIS MOVIMENTOS A NÍVEL MUNDIAL .....	45
<b>2.3.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira: elementos para reflexão da saúde mental .....</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL .....</b>	<b>55</b>
3.1 A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	60
<b>3.1.1 O subfinanciamento e desfinanciamento da Política Nacional de Saúde Mental ...</b>	<b>66</b>
<b>3.1.2 Retorno aos hospitais psiquiátricos: um mix de passado e presente .....</b>	<b>69</b>
<b>3.1.3 Inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS: contribuição ao ideário neoliberal .....</b>	<b>73</b>
3.2 A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL .....	75
3.3 A IDEOLOGIA DO PROIBICIONISMO E REAÇÃO CONSERVADORA: UMA INTERPRETAÇÃO ONTOLÓGICA NO ÂMBITO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL .....	83
<b>CAPÍTULO 4 – TENDÊNCIA CONTEMPORÂNEA PARA O TRATAMENTO DOS SUJEITOS COM PROBLEMAS DECORRENTES DE UM DETERMINADO PADRÃO DE RELAÇÃO COM AS DROGAS: (RE)MANICOMIALIZAÇÃO .....</b>	<b>90</b>
4.1 A ABSTINÊNCIA: A IDEOLOGIA DO FRACASSO OU SUCESSO INDIVIDUALIZADO NA SOCIEDADE CAPITALISTA NEOLIBERAL .....	92
4.2 ENCARCERAMENTO DOS SUJEITOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS .....	109

4.3 NOVA FORMA DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA O FORTALECIMENTO DO PROIBICIONISMO E DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS .....	125
4.4 A TENDÊNCIA À (RE)MANICOMIALIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E DROGAS.....	132
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>162</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa os principais elementos constitutivos para a tendência ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas, com vistas à sociedade capitalista em sua fase imperialista neoliberal.

A expansão e os novos usos das substâncias psicoativas fazem parte desse novo contexto do capital e dos valores impostos no convívio social. Essas substâncias, enquanto mercadorias do modo de produção capitalista, atendem aos desamparos dos sujeitos que vivem as bárbaras contradições desse sistema e a predominante ideologia do neoliberalismo. Entretanto, o modo de direção hegemônico no país, para discutir a questão das substâncias psicoativas, está focalizado no proibicionismo, o qual tem provocado um extermínio na classe trabalhadora e dificultado outras ações na perspectiva dos direitos humanos e sociais nesse campo.

A aproximação com o objeto de pesquisa aconteceu a partir da experiência de estágio no período da graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD), no município de Campina Grande – PB, no período de 2012-2013. O trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Serviço Social ocorreu a partir da experiência do estágio, intitulado “*O abandono ao tratamento da dependência química: um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD) no município de Campina Grande – PB*”. Nesse trabalho, analisamos o que estava relacionado com o abandono; traçamos o perfil socioeconômico dos usuários; a concepção das substâncias psicoativas para os usuários e profissionais, além de outros elementos.

A referida experiência na instituição nos aproximou de uma realidade vivenciada pelos usuários, a qual responde a uma estratégia utilizada no tratamento desses serviços. E estes estão sempre em conformidade com suas legislações e muitas vezes não condizem com as particularidades, singularidades e contextos sociais dos sujeitos que ali estão sendo assistidos; isto é, não se aproximam de uma perspectiva voltada aos direitos humanos e sociais.

Constatamos que as diversas controvérsias em torno dos serviços estão articuladas com o direcionamento dado à Política de Saúde Mental e Drogas em nosso país. Essa política, assim como as outras políticas sociais, sofre com a ofensiva neoliberal em uma perspectiva de favorecimento ao capital e à predominância da ideologia proibicionista no campo das

substâncias psicoativas. Para fins deste estudo, partimos do questionamento de como se apresentam as tendências ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas?

Com base nessa indagação, delimitou-se como objetivo geral analisar os principais elementos constitutivos para a tendência ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas. Para subsidiar a construção do objeto de estudo, optamos pelos seguintes objetivos específicos: compreender as lutas e as disputas que se vinculam ao processo da Reforma Psiquiátrica; identificar e analisar as estratégias ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas; e discutir sobre a concepção e os serviços de tratamento aos sujeitos nos principais instrumentos políticos-legais.

Para compreender os principais direcionamentos e abordagens relacionados à temática em questão, o período do estudo foi os governos de Dilma Rousseff (2010-2016); o de Michel Temer (2016-2018); e o primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro (2019). A delimitação temporal ocorreu pela compreensão de que, a partir do ano de 2010, se apresenta um novo contexto no âmbito da saúde mental e das substâncias psicoativas. Os desafios são crescentes e os retrocessos são gerados pela crise progressista, induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial no final da década. Ressaltamos também o desinvestimento nas políticas sociais, especialmente no âmbito do SUS e a declarada “epidemia” das drogas no país, principalmente da substância Crack, difundida pelo Governo e pela mídia sensacionalista, sem um respaldo científico que comprove essa afirmativa (VASCONCELOS, 2016).

A difusão do consumo do crack e o despreparo da Rede de Atenção Psicossocial, para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidados nesse campo, permitiram a abertura de espaço para as políticas de higienização social, para internações compulsórias e para a expansão das comunidades terapêuticas de natureza privada ou filantrópica, baseadas em tratamento moral e religioso.

Nas últimas décadas, houve uma ofensiva de desmantelamento da seguridade social brasileira, com ênfase na política de saúde. Essa ofensiva expressa nas contrarreformas, a exemplo da Lei nº 13.097/2015, criada no governo de Dilma Rousseff, que altera a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), permitiu a entrada de capital estrangeiro nos serviços em saúde. Outra polêmica foi a Lei nº 13.260/2016 (do antiterrorismo), que deu abertura para a

criminalização dos movimentos sociais, os quais historicamente têm lutado pelos direitos da classe trabalhadora.

Essas ofensivas também fazem parte das incongruências e conflitos do governo de Dilma Rousseff, assim como das pressões do capital imperialista para cumprir sua agenda. Vasconcelos (2016) ressalta que se assistiu a uma crescente crise política e ética da forma de governo de coalizão expressas pela política indiferenciada, sustentada em corrupção sistêmica, atingindo explicitamente o governo federal; retrocessos nas políticas sociais; e tentativas golpistas, orquestrados pelos setores mais conservadores da política brasileira.

Com o golpe jurídico-parlamentar, como afirma Alves (2018), Michel Temer chega à presidência em 2016, colocando em prática todo o ideário do neoliberalismo ortodoxo, o “sangue puro” dessa fase capitalista. Primeiramente, aprova a Emenda Constitucional nº 95/2016, denominada por PEC do Teto dos Gastos Públicos, a qual congela os gastos com os serviços primários, a exemplo da saúde e da educação, por 20 anos. Assim, o que deveria ser privilegiado para o desenvolvimento do país é escamoteado sem importância por esse governo.

Em conformidade com os ideais imperialistas neoliberais, foi aprovada a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017) e a Lei da Terceirização (Lei nº 13.429/2017). Essas contrarreformas, na verdade, provocam a perda de direitos trabalhistas e contribuem para a precarização do trabalho e da saúde física e mental da classe trabalhadora em nosso país.

Em sequência aos atos de desestruturação das políticas sociais, houve uma “revisão” da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) por meio da *Resolução nº 32/2017*, que proporciona mudanças nos serviços, acrescentando outras instituições, como as comunidades terapêuticas, mudando o rumo da política. Em 2018, é aprovada a *Resolução nº 01/2018* do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), que, em linhas gerais, favorece a estratégia da abstinência no tratamento das substâncias psicoativas, que possivelmente dificultará as ações da política de redução de danos na saúde.

Quando pensamos que o contexto brasileiro poderia ser modificado por meio das eleições de 2018, fomos surpreendidos com a vitória de Jair Bolsonaro – capitão reformado, político há 27 anos e conhecido por suas defesas polêmicas, como: o tributo a torturadores do período ditatorial; posições contrárias aos direitos de determinados grupos, como: os LGBTQs+; indígenas; negros; e possuindo preconceito com as pessoas de certas regiões, principalmente Norte e Nordeste. Além disso, ele é alvo de várias outras declarações controversas.

O atual presidente, Jair Bolsonaro, pode ser considerado um neofascista<sup>1</sup> do século XXI, uma vez que tem o apoio dos grupos conservadores da burguesia em suas ações. No âmbito da saúde mental e drogas, observamos um fortalecimento ao conservadorismo, com a aprovação, por exemplo, da *Lei nº 13.840/2019* e do *Decreto nº 9.761/2019*. Essas normativas, dentre tantas outras, representam os interesses do capital no âmbito da saúde mental e drogas para beneficiar os empresários das aglomerações hospitalares, a indústria farmacêutica e outros setores capitalistas que contribuem com a lógica neoliberal de mercantilização da saúde e desrespeitam os pressupostos dos direitos humanos. Por conseguinte, fortalecem a estratégia da abstinência como uniforme ao tratamento do uso abusivo das substâncias psicoativas, dificultando as ações em torno da redução de danos – estratégia com vistas aos direcionamentos dos direitos humanos e que é defendida no campo da saúde coletiva.

Nesse sentido, é necessário compreender o contexto hodierno e refletir os rumos da saúde, particularmente da saúde mental e drogas, a partir das contrarreformas realizadas nessas políticas e, conseqüentemente, as tendências para o tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas, considerando todo o contexto de ofensiva aos direitos conquistados pela classe trabalhadora. De acordo com Soares (2018), a classe trabalhadora tem enfrentado a maior ofensiva da história do Brasil contra o conjunto das conquistas civilizatórias de nosso Estado.

Para desvelar o nosso objeto de pesquisa, foi necessário nos apropriarmos da fundamentação teórico-metodológica baseada no método crítico-dialético, o qual tem uma determinação dupla: investigação e exposição, enquanto processo de apropriação e explicitação do objeto pelo sujeito.

O materialismo histórico de Marx será essencial no desvelamento do nosso objeto de estudo que está inserido em uma realidade dinâmica com múltiplas determinações. É necessário partir do real (e não da abstração), para conseguirmos compreender o objeto. TONET (2009) destaca que não são as ideias (os produtos da consciência) que constituem o fundamento (a matriz da realidade social); mas são as relações materiais e concretas que os homens estabelecem entre si que explicam as ideias e as instituições que eles criam.

Nesse sentido, para compreendermos a relação da saúde mental com o capitalismo; os desdobramentos da Política de Saúde Mental e Drogas no contexto de contrarreformas do

---

<sup>1</sup> O termo neofascismo é utilizado para se referir, principalmente, ao governo fascista de Bolsonaro no século XXI. É possível perceber as repetições na conjuntura atual, conduzidas com outros atores, outros cenários, outros “personagens”, mas certamente com um enredo muito semelhante entre o sombrio passado histórico e o recente no Brasil (CARNUT; MENDES, 2020b).

Estado e os elementos constitutivos para entender a tendência conferida ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas, precisamos nos debruçar sobre o real. Ir além do imediato que nos apresenta, pois a realidade vista na imediaticidade do cotidiano pode nos levar a uma pseudoconcreticidade (KOSÍK, 1976).

Para apreensão da realidade, precisamos compreender a articulação das categorias teórico-metodológicas marxistas, são elas: a **Totalidade** constituída de concretude inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, composta por outras de menor complexidade (NETTO, 2011a). Essa totalidade concreta apresenta contradições nas integralidades que compõem a macroscópica. A segunda categoria é a **Contradição** que resulta das incongruências da realidade dinâmica e sempre em processo de transformação (TONET, 2013). De acordo com Netto (2011a), sem as contradições, as totalidades seriam “inertes, mortas”. A última categoria refere-se à **Mediação** que conecta as partes do todo e o conhecimento dessas conexões, possibilitando uma apreensão concreta da realidade. E foi desse modo que o nosso estudo se baseou no método de Marx, em seu processo de investigação e exposição.

Na revisão bibliográfica, procedemos à reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo: as tendências ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas. Nesse processo, procuramos nos apoiar em autores nacionais e internacionais; em vários veículos de publicação; livros; sites; artigos e matérias publicadas em revistas do país, entre outros que corroborassem com a nossa discussão.

A pesquisa se caracteriza como uma análise documental que nos permite um amplo alcance de informações, assim como a utilização de dados diversos que irão auxiliar na construção do nosso objeto de pesquisa (GIL, 2010). De acordo com Prates e Prates (2009), os documentos possuem uma infinidade de elementos que permitem complementar a análise de processos ou mesmo se constituir em fontes únicas para investigações de extrema relevância.

Destarte, a realização da nossa pesquisa aconteceu a partir da análise de algumas leis, portarias, relatórios e outros regulamentos. Para discussão da saúde mental, utilizamos: a *Lei nº 10.216/2001*, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a *Portaria nº 3.088/2011*, que regulamenta 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); a *Resolução 32/2017*, que estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS); a *Portaria nº 3.659/2018*, que suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS; e a *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*, que esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Fizemos análise desses documentos na perspectiva de maior compreensão do processo da contrarreforma no campo da saúde mental.

No âmbito das substâncias psicoativas, recorreremos às seguintes normativas: a *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD)*, criada pelo Ministério da Saúde, em 2003. O Ministério da Justiça também instituiu duas leis que tratam da questão: a *Lei nº 11.343/2006*, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, o qual prescreve medidas para a 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 crime e dá outras providências; a *Política Nacional sobre Drogas (PNAD)*, em 2011; e a *Resolução 01/2018*, a qual define as diretrizes para o realinhamento e o fortalecimento da PNAD. Analisamos essas normativas legais acerca das substâncias psicoativas, com intuito de compreender os direcionamentos da política nesse campo no Brasil.

Consecutivamente, para aprofundarmos a discussão do objeto de estudo em analisar os elementos constitutivos para a tendência da (re)manicomialização ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas, utilizamos: o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)*; o *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*; a *Resolução 01/2018* do CONAD; a *Lei nº 13.840/2019*, que dispõe sobre o SISNAD e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas; e o *Decreto nº 9.761/2019*, que aprova uma “nova” PNAD.

Fizemos a análise desse plano, relatório e legislações, na perspectiva de compreender as estratégias abordadas no campo das substâncias psicoativas e os serviços ofertados para

aqueles sujeitos que apresentam problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas.

A abordagem da pesquisa foi qualitativa, porque consiste em um processo de reflexão e análise da realidade, através de métodos e técnicas para compreensão mais detalhada do objeto de estudo. De acordo com Oliveira (2016), esse procedimento visa à busca de informações confiáveis para explicar em profundidade o significado e as características apresentadas pelo objeto pesquisado em cada contexto histórico.

Para análise dos dados coletados, foi realizado um roteiro de questões em quadros, nos quais foi possível identificar o tipo de documento, sua origem, do que se trata e de outros aspectos pertinentes à construção da pesquisa.

A apresentação do conjunto dessa análise está estruturada em quatro capítulos e considerações finais. O *primeiro capítulo* constitui esta introdução. O *segundo* aborda o contexto da saúde mental no modo de produção capitalista, destacando que, a partir desse sistema, a saúde física e mental da classe trabalhadora é comprometida devido à precariedade no trabalho e nas condições de vida.

Delimitamos o contexto saúde mental e capitalismo a partir da crise dos anos de 1970 que causaram transformações societárias mundialmente. Como possível saída para a crise foram apresentadas as mudanças no mundo do trabalho com a reestruturação produtiva que impulsiona mais ainda a superexploração do trabalho e enfraquece a perspectiva de classe, de solidariedade e a coletividade entre os trabalhadores.

Essas medidas apresentaram implicações diferentes em cada país, visto que existem os países centrais e os dependentes. Enquanto os países centrais experimentavam o contexto do welfare-state, alguns países dependentes, entre eles o Brasil, estavam mergulhados em uma ditadura militar. Assim, os efeitos pós-crise dos anos 1970 só foram sentidos tardiamente em nosso país, mais particularmente nos anos de 1990, com a abertura do receituário neoliberal no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC. A crise capitalista traz elementos para o surgimento da ideologia neoliberal, impondo o ajuste fiscal, a contrarreforma do Estado e o redirecionamento das políticas sociais – a descentralização, a focalização e a privatização. No contexto brasileiro, soma-se ainda a criminalização dos movimentos sociais, entre outros aspectos oriundos da própria lógica de acumulação ampliada do capital.

O *terceiro capítulo* discute a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política sobre Drogas, destacando as disputas ideológicas existentes nesse campo, o marco legal da aprovação da Lei 10.216/2001, que regulamenta a PNSM, as contrarreformas (Resolução

32/2017 e a Resolução 01/2018), no âmbito da saúde mental e das substâncias psicoativas, no governo neoliberal ortodoxo de Michel Temer. Destacamos nessas normativas duas perspectivas: a da saúde coletiva e o proibicionismo (guerra às drogas).

O *quarto capítulo* apresenta os resultados e as análises dos dados coletados na pesquisa. Inicialmente, destacamos a ideologia hegemônica do proibicionismo em nosso país que é contrária aos pressupostos dos direitos humanos e por isso dificulta as ações em torno da saúde coletiva com a redução de danos; contribui para o superencarceramento nas penitenciárias brasileiras e para a morte de milhares de pessoas, principalmente, os jovens, negros e pobres; e a mudança na forma de financiamento da Política sobre Drogas.

Em decorrência dessa presente hegemonia, identificamos que há três elementos constitutivos para compreensão da tendência à (re)manicomialização: a abstinência numa perspectiva de individualização do sujeito que tem o fracasso ou sucesso frente a um determinado padrão de uso das drogas; o encarceramento dos sujeitos, através da medida de internação involuntária e composição das comunidades terapêuticas que foram incluídas como serviço de saúde; e, por último, uma nova forma de financiamento da Política sobre Drogas como subsídio para o fortalecimento do proibicionismo e das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

O debate contemporâneo sobre os usos das substâncias psicoativas na realidade brasileira tem profundo vínculo com as expressões da questão social e conseqüentemente com os profissionais que a tem como objeto de intervenção, a exemplo dos assistentes sociais.

O Serviço Social, enquanto profissão que trabalha com as políticas sociais, entre elas a política de saúde mental e as drogas, precisa fundamentar e amadurecer as discussões acerca das substâncias psicoativas, especialmente porque as atuais legislações pertinentes à temática normatizam a forma como o Estado e a sociedade brasileira vêm respondendo à realidade do consumo dessas substâncias.

Conforme Mota e Amaral (2014), embora a cultura profissional do serviço social brasileiro, construída nas três últimas décadas, faculte-nos exercitar um papel intelectual, é necessário ter clareza de que, em momentos de regressão política, é preciso acumular forças, fortalecer princípios e redefinir pedagogicamente os meios que possibilitem a construção de uma unidade entre os princípios teórico-metodológicos e políticos e o campo do exercício profissional.

Por fim, nas considerações finais, chega-se à conclusão que, diante do atual cenário de regressão das políticas sociais, é necessária a articulação da sociedade civil e dos demais

segmentos populares para uma mobilização de resistência a essas tendências contemporâneas conservadoras e com traços neofascistas que desestruturam as políticas sociais e expropriam os direitos sociais. Logo, um exercício de questionamento a ordem do capital precisa existir, no intuito de oferecer resistência às investidas desse sistema, o qual age em detrimento da proteção social.

Ressalta-se, ainda, a importância do estudo na área do conhecimento científico, uma vez que as análises realizadas poderão auxiliar em novas indagações que levarão a novas problemáticas e a posteriores estudos nesse campo e áreas afins.

No âmbito do Serviço Social, o estudo contribuirá com a produção teórica acadêmica sobre a temática que ainda se apresenta de forma escassa nessa área. Por nosso objeto de estudo está dentro de uma totalidade de contradições e complexos sociais, a qual perpassa pela discussão do Estado e pelas políticas sociais, os profissionais de Serviço Social, os quais têm como principal empregador o Estado e por isso estão inseridos nessas políticas, têm na atual conjuntura o desafio e a exigência da categoria sobre uma rigorosa análise crítica dos processos sociais.

No âmbito social, a principal contribuição diz respeito a desvelar os desdobramentos da ideologia proibicionista e a tendência à (re)manicomialização dos sujeitos na sociedade capitalista. Precisamos somar forças na luta por uma política antimanicomial e antiproibicionista, na perspectiva de efetivação dos direitos humanos, sociais e outros, sob a lógica de outro modo de sociabilidade, que não agrave a saúde física e mental dos sujeitos, devido à precariedade do trabalho e das condições de vida. A luta deve ter como horizonte a emancipação humana para todos aqueles que vivem sob a opressão do modo de produção capitalista.

## CAPÍTULO 2 – CAPITALISMO, SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para compreensão da relação entre capitalismo e saúde mental, é necessário partimos de um arcabouço teórico marxista que nos permitirá uma análise das condições de vida da classe trabalhadora associada ao modo de produção da sociedade. Conforme Ferguson (2017), são três componentes que fazem a mediação da análise: **a abordagem materialista, a histórica e a dialética.**

A **abordagem materialista** começa a partir do reconhecimento de que os seres humanos possuem uma gama de necessidades para o seu desenvolvimento. A boa saúde, tanto física quanto mental, depende de pré-condições básicas, como: alimento, água, disponibilidade de luz e assim por diante. Na inexistência dessas condições, há implicações na saúde, principalmente da classe trabalhadora.

Assim como existem as necessidades físicas básicas que os humanos compartilham com outras espécies, há também uma gama de necessidades emocionais, psicológicas e sexuais que são específicas para os seres humanos. Igualmente Marx, Freud reconheceu que a sociabilidade ou “civilização” se baseava na repressão de nossas necessidades e desejos mais básicos, muitas vezes, levando a problemas na saúde mental. Para Freud, tal repressão era necessária e inevitável, preço que pagamos por viver em sociedade; há uma naturalização do sistema capitalista. Todavia, para Marx, a negação de nossa humanidade mais básica acarretava, conseqüentemente, em uma sociedade baseada no modo de produção capitalista, não em forças humanas, mas no impulso de acumular lucro (FERGUSON, 2017).

No que se refere à **abordagem histórica**, esta significa reconhecer que tanto nossa compreensão dos problemas de saúde mental quanto as formas que assumem qualquer momento particular são as relações sociais e econômicas da sociedade em geral. Desse modo, a histeria seria uma das condições de problemas de saúde mental mais comum no final do século XIX e início do século XX, raramente encontrada hoje. Por condições de saúde, desde 2012, é talvez a condição por excelência, na era da ofensiva neoliberal, conforme sinaliza Ferguson (2017).

Para o autor mencionado, uma abordagem histórica também é importante para entender por que indivíduos específicos se tornam mentalmente não saudáveis. Isso não sugere uma equivalência entre causas estruturais e individuais. Como Emile Durkheim demonstrou em seu clássico estudo do suicídio no século XIX, mesmo os atos aparentemente mais pessoais, como a decisão de tirar a própria vida, são moldados por fatores históricos e

sociológicos mais amplos. Assim, é habitualmente a interação desses processos históricos mais amplos e de fatores biográficos pessoais que resultam em dificuldades de saúde mental.

Nesse sentido, essas interações não ocorrem no vácuo, elas são estruturadas pelas opressões dominantes dentro da sociedade, principalmente em torno da questão de gênero, raça, orientação sexual e classe.

Por último, a **abordagem dialética** da saúde mental envolve dois aspectos: 1) uma rejeição de qualquer forma de determinismo ou reducionismo, referindo-se a um reducionismo biológico que vê problemas de saúde mental apenas como resultante de processos químicos cerebrais ou de ação de genes específicos; e 2) uma abordagem dialética, reconhecendo que indivíduos e classes reagem às circunstâncias que os moldam, nas quais as partes e o todo mutuamente condicionam ou medeiam cada um deles. Assim, a saúde mental das pessoas é moldada, acima de tudo, por suas experiências de vida sob o capitalismo, geralmente mediadas pelo trabalho, família, escola, entre outros lugares sociais.

O significado que as pessoas dão às suas experiências não é um produto exclusivo de suas experiências individuais, mas também é moldado por sua vivência coletiva de vida sob o capitalismo, inclusive pelo nível da luta de classes. Os indivíduos da classe trabalhadora lutam contra a exploração e a opressão. E isso pode ter um efeito profundo na saúde mental individual e coletiva. No entanto, como o nível da luta de classes é baixo, então as injustiças, a raiva e a frustração têm muito mais probabilidade de serem internalizadas e ocasionarem problemas psíquicos, como destaca Ferguson (2017).

A partir da perspectiva marxista, compreende-se que o trabalho perde o seu sentido ontológico de humanização e ganha novos contornos na era do capitalismo, uma vez que passou a ser mercadoria e a representar a exploração dos trabalhadores. Só restou ao homem a venda de sua força laboral para sobreviver nesse modo de produção. Contudo, existe aquela parcela da classe trabalhadora que não consegue adentrar no mercado de trabalho e ficar no exército industrial de reserva, como bem destaca Marx (2013). A acumulação capitalista produz constantemente, e na dimensão de sua energia e volume, uma população trabalhadora relativamente excedente, que se torna em alavanca para a acumulação capitalista e até mesmo em uma condição de existência do modo de produção capitalista.

Esse contexto provoca o agravamento da questão social e as implicações sobre a saúde dos trabalhadores. A questão social também é considerada expressão das desigualdades intrínsecas ao processo de acumulação e de efeitos produzidos sobre o conjunto da classe trabalhadora e de sua organização (IAMAMOTO, 2007).

Nesse sentido, o entendimento da questão social perpassa a discussão dos problemas causados pela relação capital-trabalho, expressos nos baixos salários; no enxugamento da mão de obra; na intensificação do trabalho e no aumento da jornada; no incentivo à competição entre a classe trabalhadora, a fim de dificultar a organização sindical; na exigência do cumprimento de metas empresariais, nos acidentes e nas doenças relacionadas ao trabalho, entre outros resultantes das metamorfoses do mercado e do novo padrão de acumulação capitalista (MACAMBIRA; TEIXEIRA, 2017).

Consoante Navarro e Padilha (2007), o sistema capitalista traz consigo uma série de contradições, muitas delas relacionadas ao mundo do trabalho. Ao mesmo tempo em que o trabalho é a fonte de humanização e é o fundador do ser social, sob a lógica desse modo de produção se torna degradado, alienado, estranhado. É exatamente nesse processo de estranhamento ao objeto que o trabalhador se encontra, uma vez que este não tem condições de domínio sobre aquele e nem o possui.

O trabalho à luz do capitalismo se torna alienado. Logo, consiste em uma exteriorização na qual:

[...] o trabalho é externo ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua physis e arruína o seu espírito (MARX, 2004, p. 82).

Sob essa perspectiva, o trabalho contribui com a intensificação da má qualidade de vida e com o adoecimento físico e mental dos indivíduos. A situação da classe trabalhadora já era denunciada por Engels em 1845, no livro *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, através de suas observações e estudos sobre as condições precárias de trabalho dos operários nas cidades industriais na Inglaterra, a miséria e as enfermidades provocadas por esse processo levava à morte desses trabalhadores (ENGELS, 2010). Nas palavras do autor,

[...] qualquer operário, mesmo o melhor, está constantemente exposto ao perigo do desemprego, que equivale a morrer de fome e são muitos os que sucumbem. Por regra geral, as casas dos operários estão mal localizadas, são mal construídas, mal conservadas, mal arejadas, úmidas e insalubres; seus habitantes são confinados num espaço mínimo e, na maior parte dos casos, *num único cômodo vive uma família inteira*; o interior das casas é miserável: chega-se mesmo à ausência total dos móveis mais indispensáveis. [...] A classe operária das grandes cidades oferece-nos, assim, uma escala de diferentes condições de vida: no melhor dos casos, uma existência momentaneamente suportável [...], no pior dos casos, a miséria extrema – que pode ir da falta de teto à morte pela fome; mas a média está muito mais

próxima do pior que do melhor dos casos (ENGELS, 2010, p. 116 – grifo do autor).

Essa descrição de Engels (2010) sobre a condição de vida da classe trabalhadora faz parte do contexto de crescimento das grandes cidades no rápido desenvolvimento capitalista na Europa Ocidental. Há uma contradição nesse processo, como bem destaca Bravo (2013), pois a acumulação de ganhos demasiados dos capitalistas industriais contrapôs-se a uma miséria absoluta para a classe trabalhadora que repercutiu nas suas condições de saúde.

Esse contexto do século XIX foi um período de grandes revoluções<sup>2</sup> que ocorreram devido às inadequações nos sistemas políticos vigentes na Europa. Os descontentamentos econômicos e sociais foram tão agudos que houve conflitos inevitáveis. Concomitante a esse período, na saúde, há uma ênfase na Medicina Social a qual vincula a questão saúde com as condições de vida das pessoas (BRAVO, 2013). De acordo com a autora, na segunda metade do século XIX, a saúde é reconhecida como questão política governamental. Esse crescimento no campo da saúde aconteceu por meio da ampliação das necessidades sociais, que foram determinadas pelo processo de acumulação e também pelo aumento no nível das lutas de classes. As atividades desenvolvidas no âmbito da saúde eram basicamente as medidas de saneamento do meio, o que corresponde aos cuidados primários – ações preventivas e educacionais.

Em relação à saúde mental, há uma mudança na percepção da “loucura”, a qual passa a ser objeto de conhecimento científico e transforma-se em doença mental. A psiquiatria pautando-se em determinados modelos clínicos pretendia conhecer a doença mental com neutralidade e a descoberta da essência dos distúrbios por meio de relações de causalidades (AMARANTE, 1995a). No entanto, o autor destaca que “a análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais” (AMARANTE, 1995a, p. 26). Desse modo, a ciência é um dos elementos utilizados pelo modo de produção capitalista para garantir sua continuidade.

Nesse contexto do século XIX e XX, há uma expansão maciça dos asilos por algumas razões. Ferguson (2017, p. 31) destaca a “determinação da crescente classe capitalista (e não apenas da Inglaterra) de separar e segregar aqueles que podiam trabalhar daqueles que não

---

<sup>2</sup> Ocorreram três ondas revolucionárias: a primeira revolução deu-se em 1820, limitada ao mediterrâneo – Espanha, Itália e Grécia. A segunda (1829/34) afetou toda a Europa, marca a vitória do poder burguês sobre a aristocracia na Europa Ocidental. A terceira e maior onda revolucionária foi a de 1848 que explodiu e venceu, temporariamente, em muitos países (BRAVO, 2013).

podiam. A ‘solução institucional’, seja sob a forma de workhouse, prisão ou asilo, era fundamental para isso”. Podemos compreender que os asilos tinham uma função de “cárcere” dos indivíduos que não tinham utilidade produtiva para a lógica capitalista.

Outra razão corresponde ao impacto da industrialização e da urbanização na saúde física e mental dos indivíduos e das famílias diante do mundo capitalista (FERGUSON, 2017). Conforme Engels (2010), acumula-se sobre a classe trabalhadora todos os males possíveis, uma vez que:

[...] Se, em geral, a população das cidades já é demasiado densa, são os pobres os mais amontoados em espaços exíguos. Não contente com a atmosfera envenenada das ruas, encerra-os às dezenas em habitações de um único cômodo, de tal modo que o ar que respiram à noite é ainda mais sufocante. Oferece-lhes alojamentos úmidos, porões onde a água mina do chão ou mansardas de cujo teto ela goteja. Constrói-lhes casas que não permitem que o ar viciado circule. Fornece-lhes roupas de má qualidade ou farrapos e alimentos adulterados ou indigestos. Submete-os às mais violentas emoções, às mais bruscas oscilações entre medo e esperança e persegue-os como a uma caça, não lhes concedendo nunca um pouco de paz e de tranquilidade. [...] E se os pobres resistirem a tudo isso, sobrevém uma crise que os transforma em desempregados e lhes retira o mínimo que até então a sociedade lhes destinara (ENGELS, 2010, p. 37-38).

Essa realidade apresentada por Engels a mais de 150 anos não foge do contexto contemporâneo. Para Antunes (2018a), a mudança do período analisado por Engels para o hodierno são as novas enfermidades, típicas das recentes formas de organização do trabalho e da produção. Assim como, a *nova divisão internacional do trabalho* tem disseminado práticas que levam a condições de baixa (ou nenhuma) proteção do trabalho. Conforme Antunes (2018a), ao longo do século XX, com as mudanças no âmbito do trabalho de produção em massa e a ampliação do controle e da intensificação do trabalho, há novas formas de acidentes e adoecimentos com nexos laborais que passaram a fazer parte do cotidiano laboral.

Essas mudanças no mundo do trabalho têm provocado altos índices de problemas de saúde mental que são moldados por especificidades das experiências individuais da vida das pessoas bem como por fatores mais amplos, como alega Ferguson (2017).

Para Alves (2005), presenciamos um processo estrutural de ofensiva do capital sobre a materialidade da classe, que repõe uma nova (e precária) sociabilidade do trabalho, fragmentária e resistente a práticas de solidariedade de classe. Sobre esta última, Antunes (2018a) destaca que, no período antecedente aos anos 1980, a capacidade gestada na coletividade de converter situações de sofrimento em um jogo de situações vexatórias acabava

por criar condições favoráveis para mascarar essas situações e ocasionar, entre os integrantes do grupo, acordos de apoio subjetivo mútuo. Essas estratégias coletivas de defesa no mundo do trabalho eram direcionadas não apenas contra a percepção do medo, mas, de forma mais abrangente, contra toda expressão de sofrimento no âmbito do trabalho (DEJOURS; BÉGUE, 2010).

O desmonte dessas condições de solidariedade tem contribuído para o aumento da incidência de transtornos mentais mais graves que provocam suicídios nos locais de trabalho. Esses transtornos estão relacionados às novas formas de organização e gestão laboral e são desenvolvidas a partir da crise da década de 1970 (ANTUNES, 2018a).

O suicídio no local de ofício é a expressão mais contundente do processo de adoecimento psíquico e revela a mais profunda desestruturação da solidariedade coletiva. Dejours e Bégue (2010) asseguram

Que um suicídio possa ocorrer no local de trabalho indica que todas essas condutas de ajuda mútua e solidariedade que não era nem mais nem menos que uma simples prevenção das descompensações, assumida pelo coletivo de trabalho - foram banidas dos costumes e da rotina da vida de trabalho. Em seu lugar, instalou-se a nova fórmula do cada-um-por si; e a solidão de todos tornou-se regra. Agora, um colega afoga-se e não se lhe estende mais a mão (DEJOURS; BÉGUE, 2010, p. 21).

As novas formas de organização da labuta têm estimulado e impellido os trabalhadores a um processo de individualização e competição para se sustentar nesse mercado. Ocasionalmente a ruptura da solidariedade entre os trabalhadores e o adoecimento nesse espaço.

O suicídio é a expressão radicalizada da deterioração das condições de trabalho sob a vigência da gestão flexível. Ele e todo o sofrimento que o cerca encontram espaço para se desenvolver à medida que a classe trabalhadora se vê diante de uma organização laboral voltada ao controle acentuado de sua atividade; nesse processo, as margens para a autonomia e o improviso foram gradativamente eliminadas. Uma organização do trabalho constituída na oscilação; o tempo todo entre o discurso de valorização e o controle físico e mental extremados (PRAUN, 2014).

Outra problemática crescente é a questão do assédio nesse espaço de ofício. Apesar de, na maioria das vezes, ser direcionado a um sujeito específico, o assédio termina repercutindo sobre o coletivo. Por conseguinte, as práticas dessa natureza são meios de gestão voltados para garantir, por meio da pressão institucionalizada, tanto o aumento constante da produtividade como também o isolamento e a exclusão daqueles que se constituem como “obstáculos” para sua plena realização (ANTUNES, 2018a).

Nesse sentido, para muitos sujeitos, o trabalho se torna um instrumento de construção e estabilização da identidade e da saúde mental, uma vez que a privação de trabalho, a demissão e o desemprego de longa duração aumentam consideravelmente o risco de sofrimento mental que leva à descompensação psicopatológica, expressa por alcoolismo, toxicomania, depressão, violência, suicídio, entre outros elementos (DEJOURS; BÉGUE, 2010). De acordo com a Organização das Nações Unidas<sup>3</sup>, mundialmente, mais de 300 milhões de pessoas sofrem com a depressão, principal causa de incapacidade; e mais de 260 milhões vivem com transtornos de ansiedade, esses transtornos são relacionados ao trabalho e à produtividade.

Por conseguinte, Matthews (2019) destaca que os bens de consumo se tornaram marcadores de prestígio social, os quais expressam a posição social de um indivíduo. Contudo, o consumismo gera insatisfação, uma vez que o desejo de substituir produtos antigos por novos torna a manutenção da posição da sociedade na busca incessante de um padrão inatingível. Logo, esse consumismo pode ser determinante no adoecimento das pessoas, pois apresenta muito mais um consumo de ideias do que a satisfação de necessidades biológicas e psicológicas inerentes.

Quando destacamos que há uma intensidade nos problemas relacionados à saúde mental das pessoas no capitalismo, não negamos que esses não existiram em tipos anteriores de sociedade. No entanto, esse modo de produção agudizou os problemas de saúde da classe trabalhadora, principalmente em seus períodos de crises e de saídas encontradas para retornar à acumulação do lucro.

A seguir, veremos o contexto da década de 1970 e os seus desdobramentos a nível mundial e no Brasil.

## **2.1 Crise estrutural do capital, transformações societárias e saúde mental**

É necessário elucidar a defesa de que as origens de muitos problemas de saúde mental atuais provêm da sociedade em que vivemos. Não significa que, em uma sociedade mais igualitária, não exista infelicidade. Os relacionamentos ainda iriam se desintegrar, as pessoas iriam sofrer com a perda de entes queridos, os indivíduos experimentaríamos a frustração e a dor. E nem sempre iriam conseguir atingir seus objetivos (FERGUSON, 2017). Contudo,

---

<sup>3</sup> Informações adquiridas em: <https://nacoesunidas.org/oms-empresas-devem-promover-saude-mental-de-funcionarios-no-ambiente-trabalho/>. Acesso em: 17 jul. 2019.

essas experiências teriam muito menos probabilidade de se transformar em sofrimento mental grave em uma sociedade sem exploração e opressão.

Isso ocorre porque o neoliberalismo, forma particular de capitalismo dominante há mais de três décadas, moldou a saúde mental de milhões de pessoas da classe trabalhadora. Podemos destacar, por exemplo, o aumento da ansiedade nas crianças em idade escolar devido à solidão e ao isolamento social de muitas pessoas idosas. Fator proveniente de uma sociedade cada vez mais individualizada, baseada não nas necessidades humanas, mas no impulso de acumular capital. Por isso, a saúde mental de todos é prejudicada em maior ou menor grau pelas pressões de viver em nesse ambiente capitalista. Todavia, vale destacar que nem todos são afetados da mesma maneira (FERGUSON, 2017).

Assim, na sociabilidade contemporânea<sup>4</sup>, a discussão da saúde mental se torna crucial, uma vez que a moderna sociedade capitalista continua a ser caracterizada por uma incompatibilidade entre a busca implacável da lucratividade do capital, por um lado; e as necessidades essenciais dos sujeitos por outro. Como resultado, as condições exigidas para a saúde mental são violentamente prejudicadas com altos índices de transtornos mentais mais graves (MATTHEWS, 2019). Para o autor, a deterioração do bem estar mental é uma resposta padrão ao trabalho assalariado nessa sociedade em que vivemos. Muitas formas de sofrimentos mentais que se desenvolvem em resposta são tomadas como garantidas e não são consideradas problemas legítimos. Logo, a degradação da saúde mental é normalizada e naturalizada.

Para uma discussão mais aprofundada da saúde mental no contexto hodierno, precisamos compreender as transformações societárias ocorridas a partir dos anos 1970, que redesenharam o perfil do sistema capitalista contemporâneo e trouxeram mudanças no mundo do trabalho e na saúde da classe trabalhadora. Por isso, precisamos refletir sobre a crise do capital ocorrida nesse período (NETTO, 2012).

Para Mandel (1982, p. 399), a crise das relações de produção capitalista se apresenta como “a crise de um sistema de relações entre os homens, dentro e entre as unidades de produção (empresas), que corresponde cada vez menos à base técnica do trabalho, quer em sua forma presente, quer em sua forma potencial”. Essa crise se constitui através das condições de apropriação, valorização e acumulação do capital.

As crises não são interessantes para nenhum dos sujeitos sociais presentes na sociedade burguesa, nem para os capitalistas, nem para a classe trabalhadora; sendo que esta

---

<sup>4</sup> Compreendemos que a discussão da contemporaneidade acontece a partir da década de 1970.

última paga o preço mais alto pelos impactos desse desequilíbrio (NETTO; BRAZ, 2012). Mandel (1990) corrobora com essa discussão, ao afirmar que, quando há crise de superprodução, existe uma agressão massiva do capital ao trabalho assalariado. Aumenta-se o desemprego e há uma tendência para que, diante dessa situação, os trabalhadores aceitem ter seus salários reais reduzidos ou estagnados; perdas nas condições de trabalho e na seguridade social; e restrições nas proteções e conquistas ao longo dos tempos. O que acaba provocando o adoecimento tanto físico quanto mental dos trabalhadores.

A afirmativa da classe trabalhadora ser a mais afetada pelas implicações de uma crise é confirmada a partir do conjunto de respostas encontradas como saída para o colapso dos anos 1970. A retomada das taxas de lucro nos níveis dos “anos de ouro” do capital pós-guerra, com a *reestruturação produtiva*, fragiliza a resistência dos trabalhadores ao aviltamento de suas condições de trabalho e de vida. E isso acaba facilitando a realização de superlucros, visto que a *mundialização*, em uma rearticulação do mercado mundial, tem presença forte do capital financeiro, com o *neoliberalismo* representando as reformas liberalizantes, orientadas para esse mercado (BEHRING, 2008).

O complexo de reestruturação produtiva, sob a mundialização do capital, incorpora as perversidades da lei geral de acumulação capitalista, na direção do enfraquecimento do mundo do trabalho e da perspectiva de classe. Assim, há a reconstituição do mundo do trabalho com a instauração de um novo controle capitalista da produção e da constituição de novos excluídos sociais, em virtude do desemprego estrutural e da subproletarização tardia, com a precarização de empregos e salários (ALVES, 2005).

Para Antunes (2018a), esse processo de reestruturação produtiva é desencadeado em meio a condições de explorações individuais e articuladoras de elementos herdados do fordismo com os novos mecanismos, próprios das formas de acumulação flexível.

Nesse processo, a acumulação flexível envolve uma série de características que afetam as relações trabalhistas, a forma de regulação estatal e a divisão internacional do trabalho (SANTOS, 2012). Por conseguinte, implica em novas formas de acidentes laborais e em manifestações de adoecimento, pois essa flexibilidade se expressa no arrefecimento das fronteiras entre a atividade e o espaço da vida privada; no desmonte da legislação trabalhista; nos diversos modos de contratação da força de trabalho; e em sua expressão negada, o desemprego estrutural (ANTUNES, 2018a).

A nova precariedade do trabalho assalariado é adequada à lógica da acumulação flexível. Nesse contexto de reestruturação produtiva, tende a impulsionar mais ainda a

superexploração do trabalho, à medida que há constituição de um novo (e precário) mundo do trabalho e o enfraquecimento do poder de acordo dos sindicatos (ALVES, 2005).

Na contemporaneidade, a lógica da organização da produção toyotista<sup>5</sup> é vinculada à captura da subjetividade operária pela valorização do capital. Surge não apenas como procedimento técnico, mas também como poderosa operação ideológica. Capaz de constituir uma nova hegemonia do capital na produção fundamentada não apenas no consentimento operário, mas também na instauração de uma série de “dispositivos coercitivos” implícitos nos mecanismos do absolutismo do mercado (ALVES, 2005).

A exploração sem limites da força de trabalho é, em si, a expressão das contradições estruturais de uma determinada sociabilidade que, ao mesmo tempo em que não pode prescindir do trabalho vivo para sua reprodução, necessita explorá-lo ao máximo, impondo o sentido mais profundo de sua mercantilização. Isto é, sua completa descartabilidade, expressa nas diversas formas de precarização ou pela constituição de um exército de trabalhadores lesionados e muitos deles incapacitados decisivamente para o trabalho (PRAUN, 2014).

Essas mudanças ocorridas através do modelo flexível também implicam nos desmontes dos direitos conquistados pela classe trabalhadora, uma vez que:

A flexibilização da produção exige que se flexibilizem as leis que regulamentam o uso e a alocação da força de trabalho pelas empresas. Isso implica em alterações na legislação trabalhista, levando, principalmente nas economias periféricas, onde já são escassas as estruturas de proteção social por parte do Estado, à redução dos direitos dos trabalhadores e à crise do movimento sindical, através da elevação do número de contratações precárias (como as temporárias, por tempo parcial, etc.), mudanças nas normas salariais (como vinculação dos salários ao faturamento das firmas), com heterogeneização entre os segmentos do mercado de trabalho (PINTO, 2010, p. 79).

Desse modo, as diversificadas formas de manifestação da flexibilização do trabalho representam as adaptações organizacionais potencializadas por inovações tecnológicas e constituem uma descrição efetiva da atual fase de desenvolvimento desse tipo de produção. Essas inovações tecnológicas contribuíram para a intensificação do tempo de trabalho e o

---

<sup>5</sup> O modelo Toyotista foi desenvolvido na Toyota Motor Company, no Japão. Tinha como fundamento uma metodologia de produção e de entrega mais rápidas e precisas que os demais, associada justamente à manutenção de uma empresa “enxuta” e “flexível”. Para isso, havia a focalização no produto principal, gerando desverticalização e subcontratação de empresas que passavam a desenvolver e a fornecer produtos e atividades, com utilização da força de trabalho polivalente, isto é, trabalhadores com diversas responsabilidades (PINTO, 2010).

aumento do estresse laboral nos trabalhadores, produzindo novas formas de precarização, como bem destaca Alves (2018b).

Na materialidade dos ambientes laborais, como afirma Praun (2014), a precarização tem se desdobrado na imposição de um ritmo e intensidade do trabalho que procuram sincronizar tempos e espaços de produção e circulação idealizados em consonância com as necessidades do capital; mas, distantes da capacidade humana em suportá-los. Por isso os adoecimentos físicos e/ou psíquicos estão cada vez mais presentes na vida da classe trabalhadora. Mandel (1982, p. 271) explica que isso ocorre porque “a *mecanização, padronização, a super-especialização e a fragmentação* do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, *penetram agora todos os setores da vida social*” (grifo nosso).

No contexto atual, a hegemonia é do capital financeiro. Chesnais (1996) destaca que a autonomia do setor financeiro é relativa, pois os capitais que se valorizam na esfera financeira são oriundos do setor produtivo. Logo, a esfera financeira alimenta-se da riqueza criada pelo investimento e mobilização de uma força de trabalho de diversos níveis de qualificação, visto que essa esfera não cria nada. Em síntese: o setor financeiro se comporta como um parasitário. E isso facilita a hegemonia das políticas de financeirização do Estado neoliberal.

Nesse sentido, a financeirização da riqueza capitalista se constitui como:

Um movimento de deslocamento de contradições operando a ‘linha de menor resistência’ do capital: ela desloca a luta de classes, no plano da política, para a luta contra frações rentistas-parasitárias, ao invés da luta contra o modo de produção capitalista; além disso, o próprio capital financeiro oculta o movimento de exploração, ressaltar como elemento ‘essencial’ do sistema, a espoliação financeira (ALVES, 2018a, p. 157).

Há um mascaramento da realidade concreta, a fim de que a classe trabalhadora desvie suas reflexões para outros sentidos que não seja associar suas precárias condições de vida à lógica perversa desse modo de produção capitalista. Existe uma naturalização dessa precarização, principalmente em relação ao trabalho. Nesse sentido, Virgínia Fontes (2010) contribui com a discussão, quando afirma que:

Todo o conjunto da vida social se torna subordinado agora não apenas à empresa – e os grandes conglomerados subsistem, em muitos casos ainda muito mais poderosos – mas à lucratividade. A imensa escala da concentração não resulta apenas na condensação da propriedade sob a forma da empresa, ou mesmo do conglomerado multinacional: *transborda para todas as atividades da vida social e, onde não existem, precisa criá-las,*

*como, por exemplo, através da expropriação de formas coletivas de existência para convertê-las em produção de valor (saúde, educação); da expropriação da própria condição biológica humana para convertê-la em mercadoria, já dominantes nos transgênicos e nas patentes de vida, mas apenas iniciando-se sobre a própria genética humana (FONTES, 2010, p. 203 - grifos da autora).*

O processo do capital portador de juros e o capital fictício passaram a ocupar o centro das relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo (SANTO; MENDES, 2016). Desenvolvendo o que Marx designou de Fetichismo, porque é uma produção de dinheiro que gera mais lucro, sem passar por um processo de produção que faça a mediação entre essas extremidades.

A forma política desse capital financeiro é constituída pelo Estado neoliberal que, ao dispor-se a serviço da financeirização do capital, compõe mecanismos de tendências contra a crise estrutural, operando o aumento da taxa de exploração e a ampliação do consumo por meio de mecanismos bancários e financeiros (ALVES, 2018a).

Em relação ao neoliberalismo, foi uma reação teórica e política forte contra o Estado intervencionista e de bem-estar. O precursor do ideário neoliberal é o economista britânico Friedrich Hayek, com o texto “Caminho da Servidão”. Trata-se de uma ofensiva contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, considerada como uma ameaça à liberdade econômica e política.

Nesse contexto, o Estado funciona como base do capital privado, oferecendo-lhe, através de subsídios estatais, possibilidades de investimentos lucrativos, a exemplo das indústrias de armamento, empréstimos aos países estrangeiros, infraestrutura e outros. Além disso, o Estado, no processo de desregulamentação da movimentação financeira, tem o papel de estabilizar a anarquia do mercado e contribuir para a superação das crises dos sistemas financeiros e das empresas, com recursos provenientes das mais diversas fontes, especialmente da classe trabalhadora. Desse modo, o Estado continua forte o que muda é sua direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar conforme o grande capital financeiro (IAMAMOTO, 2007).

Nesse estágio de desenvolvimento do capitalismo mundializado, com a financeirização do capital e o receituário neoliberal, evidenciamos a presença constante das influências de corporações transnacionais e organismos multilaterais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional<sup>6</sup> (FMI), o Banco Mundial<sup>7</sup> (BM) e a Organização Mundial do Comércio<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> O *Fundo Monetário Internacional* (FMI) é uma organização internacional que resultou da Conferência de Bretton Woods (1944). Os objetivos do FMI são: promover a cooperação econômica internacional, o comércio

(OMC), considerados como a “santíssima trindade do capital”, assumindo o papel de portavozes da hegemonia das classes dominantes a nível mundial (SILVA, 2019).

O capitalismo contemporâneo com o conjunto da reestruturação produtiva, a mundialização do capital e o neoliberalismo como estratégias, diante da crise estrutural de 1970, ocasionaram transformações em toda a estrutura da sociedade. Contudo, Antunes (2009) ressalta que essas respostas procuraram enfrentar a crise tão-somente na sua superfície, na sua dimensão fenomênica; isto é, reestruturá-la sem a transformação dos pilares essenciais do modo de produção capitalista. Prova disso é a crise desencadeada no ano de 2008 no setor financeiro que atingiu diversos países.

As manifestações da crise aconteceram diferenciadas nos países atingidos. Destacamos a Grécia devido às brutais políticas de austeridade, impostas pelas instituições da União Europeia (EU) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) que implicaram nas condições de vida e saúde da classe trabalhadora. Em seus estudos sobre capitalismo e saúde mental, Ferguson (2017) destaca que, no relatório da *Mental Health Foundation*, fica explícito que as chances de ficar mentalmente doente são muito maiores para as pessoas de baixa renda ou mal remuneradas; enquanto que para as pessoas desempregadas, as probabilidades de adoecimento são ainda maiores. E isso devido à pressão maciça colocada sobre essas pessoas para encontrarem trabalho após o crash financeiro de 2008, uma pressão que foi reforçada por cortes e perdas de benefícios através de um regime de sanções brutais.

As políticas neoliberais também ocasionaram, nas últimas décadas, o aumento do sofrimento mental dos trabalhadores. De acordo com Ferguson (2017), nos anos de 2015/2016, o estresse representou 37% de todas as ausências relacionadas ao trabalho e 4% de todos os dias de trabalho perdidos foram relacionados a problemas de saúde. A intensificação

---

internacional, o emprego e a estabilidade cambial, inclusive mediante a disponibilização de recursos financeiros para os países membros para ajudar no equilíbrio de suas balanças de pagamentos. Possui como membros 188 países. Estes contribuem colocando à disposição do FMI uma parte de suas reservas internacionais; se necessário, o Fundo utiliza esses recursos para operações de empréstimo visando a ajudar países que enfrentam desequilíbrios de pagamentos. Os recursos são desembolsados mediante o cumprimento de requisitos estabelecidos em um programa negociado com o Fundo.

<sup>7</sup> O *Banco Mundial* (BM) é uma organização internacional que surgiu da Conferência de Bretton Woods (1944), para atender às necessidades de financiamento da reconstrução dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial. A instituição, que se capitalizou a partir da venda de títulos ao mercado, garantidos pelos países membros, mudou gradualmente seu foco para os países em desenvolvimento, muitos dos quais se tornaram nações independentes no pós-Guerra.

<sup>8</sup> A *Organização Mundial do Comércio* (OMC) é uma instituição internacional que atua na fiscalização e regulamentação do comércio mundial. Com sede em Genebra (Suíça), foi fundada em 1994, durante a Conferência de Marrakech. Possui 164 países membros (desde julho de 2016). As Principais funções da OMC são: regulamentar e fiscalizar o comércio mundial; resolver conflitos comerciais entre os países membros; gerenciar acordos comerciais tendo como parâmetro a globalização da economia; criar situações e momentos (rodadas) para que sejam firmados acordos comerciais internacionais; e supervisionar o cumprimento de acordos comerciais entre os países membros.

do trabalho, que tem sido uma peça-chave do projeto neoliberal, é um dos motivos para a epidemia de estresse relacionado ao trabalho.

Conforme Silva e Heloani (2017), a precarização social e do trabalho está enraizada na precarização da saúde, especialmente, da saúde mental da classe trabalhadora. É constatada também como precariedade subjetiva, derivada da precariedade que envolve e penetra o mundo do trabalho. Essa precarização ocasiona a morte de operários mundialmente. Cerca de 7.500 mortes ocorrem diariamente devido às condições trabalhistas precárias; dessas, 6.500 correspondem às doenças relacionadas ao trabalho e 1.000 por acidentes ocupacionais. O número de mortes cresceu de 2,33 milhões em 2014 para 2,78 milhões em 2017<sup>9</sup>.

Conforme Praun (2014), o movimento do capital vem avançando no sentido de ampliar mais e mais seu domínio do tempo. Isso tem implicado em um duplo impulso no interior de um mesmo processo: excluir progressivamente parcelas da classe trabalhadora do mercado de trabalho e intensificar o grau de exploração sobre aqueles que ali conseguem ainda se manter.

As transformações ocorridas desde a crise estrutural dos anos de 1970 e os desdobramentos em outros períodos de recessão acontecem de maneira diferenciada entre os países, principalmente os centrais e os dependentes; como é o caso do Brasil, que não vivenciou o Estado de bem-estar social e a sua transição para o capitalismo aconteceu através de uma via não clássica. Desse modo, precisamos compreender a configuração da particularidade brasileira na inserção no capitalismo mundial e as implicações para as condições de vida da classe operária.

## 2.2 A PARTICULARIDADE BRASILEIRA NA INSERÇÃO AO CAPITALISMO MUNDIAL: ANÁLISE DAS PARTICULARIDADES SÓCIO-HISTÓRICAS

Na relação entre a saúde mental e o trabalho, nos últimos anos, houve um aumento de transtornos advindos desse ambiente de trabalho, principalmente pela precarização existente. Essa tendência, conforme Silva e Heloani (2017), apresenta diversas causas: a sobrecarga de informações, intensificação do trabalho e de pressões de tempo, maiores exigências de mobilidade, flexibilidade e de estar de certo modo “sempre disponível”, devido à tecnologia

---

<sup>9</sup> Informações adquiridas em: <http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2019/4/acoes-regressivas-gestao-de-riscos-e-impacto-dos-acidentes-de-trabalho-foram-temas-de-debate>. Acesso em: 17 fev. 2020.

dos aparelhos móveis e o medo de perder o emprego. As consequências desse processo afetam objetiva e subjetivamente a classe trabalhadora. E disso advêm a precarização das condições de vida e de trabalho e suas formas de organização e consciência (ABRAMIDES, 2017).

Nos dias hodiernos, há uma grande preocupação, pois o avanço da precarização do trabalho se fez acompanhar pela desproteção da saúde física e mental dos trabalhadores. Essa situação ainda se torna mais preocupante em países cuja precarização avançou antes que os direitos sociais e as estruturas preventivas dos espaços laborais tivessem atingido seu desenvolvimento completo, como é o caso do Brasil (SILVA; HELOANI, 2017).

Para os autores mencionados, os processos sociais e psicológicos que se desenvolvem a partir da precarização social e do trabalho vão impactar nocivamente na saúde mental da classe trabalhadora, principalmente nos países que ainda guardam peculiaridades do colonialismo, nos quais a desigualdade social é acentuada e a democracia imatura. Nesses países, a atual expansão da precarização das instituições e das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores veio se sobrepor a uma precariedade já existente.

Para pensarmos a respeito do trabalho e a saúde mental no Brasil, devemos considerar a sua formação sócio-histórica que apresenta particularidades essenciais. O primeiro aspecto é o da *colonização* no Brasil, discutida por Caio Prado Jr. (1961), que demonstra como desde esse processo o país é submisso aos ideais dos países considerados centrais.

Outra temática central discutida pelo autor é o peso do escravismo na sociedade brasileira. Os séculos de trabalho escravo produziram um universo de valores, padrões e ideias ainda hoje presentes. O sentido da sociabilidade do poder da economia e da política, da cultura e da ideologia estava caracterizado pelo escravismo. E essa determinação essencial ainda hoje influencia boa parte da cultura em seus valores, doutrinas, explicações e outras. Por último, outro traço essencial na análise do Brasil é o desenvolvimento desigual e combinado que caracteriza toda formação social brasileira ao longo da Colônia, Império e República. Em todo esse contexto, observar-se-á uma sucessão e combinação de formas diversas e contraditórias de organização da vida e trabalho (LEÃO, 2012). Isto ocorre em decorrência da construção do moderno com marcas do arcaico; e também por conta da nossa via não clássica do processo de transição para o capitalismo.

De acordo com Behring e Boschetti (2011), os períodos imperial e da república não alteram significativamente essa tendência de subordinação e dependência ao mercado mundial, ainda que se modifiquem historicamente as condições dessa relação.

Acrescenta-se aqui outro elemento que é a cultura do favor, para Schwarz (2000, p. 16), “o favor é nossa mediação quase universal” (grifos do autor). Ele é um mecanismo que está relacionado com a reprodução das classes sociais e da relação de produção; logo, esse “favor”, como afirma Mazzeo (2015), funcionava como uma espécie de simulacro para os homens ditos “livres”; uma relação estabelecida pela caricatura do universalismo burguês, entre eles, os pertencentes à classe dominante.

Para Mazzeo (2015), nesse processo de “modernização” brasileira se mantém a continuidade da economia colonial, caracterizando a não ruptura com o atraso econômico e social, assim como o enfraquecimento de sua burguesia que cede seu poder econômico como forma de manter o poder político, o qual terá sua autonomia limitada pelas potências industriais europeias que estão em processo acelerado rumo ao imperialismo – fase do capitalismo contemporâneo.

O processo de conciliação brasileira frente ao grande capital externo é caracterizado por Mazzeo (2015) como um “bonapartismo-colonial”<sup>10</sup>, que será o articulador de uma política de Estado manipuladora e longe das massas populares, constituindo o processo da autocracia burguesa no Brasil com a intensificação do caráter opressivo. E isso

[...] Não só porque ainda não existe outra força social, politicamente organizada, capaz de limitá-la ou detê-la. Mas também porque ela não tem como conciliar o modelo neo-imperialista de desenvolvimento capitalista, que se impôs de fora para dentro, com os velhos ideais de Revolução Burguesa nacional-democrática (FERNANDES, 2006, p. 258).

Essa relação de dependência e o subdesenvolvimento não foram apenas impostos de “fora para dentro”, fazem parte de uma estratégia, reproduzida sob várias circunstâncias no decorrer da evolução externa e interna do capitalismo, pela qual os estamento e as classes dominantes dimensionaram o desenvolvimento capitalista que pretendiam, construindo por suas próprias mãos o capitalismo dependente, como realidade econômica e humana do mundo (FERNANDES, 2006).

No capitalismo dependente, a relação entre Estado e capital ganha tons particulares, uma vez que considerar o capitalismo dependente é reconhecer a existência de economias que participam da dinâmica do desenvolvimento desse sistema capitalista de forma subordinada (MAURIEL, 2018).

---

<sup>10</sup> Termo desenvolvido por Antonio Carlos Mazzeo, em sua obra *Estado e Burguesia no Brasil*, para se referir ao processo de “modernização” brasileira no desenvolvimento capitalista.

Para a autora mencionada, a implementação das políticas neoliberais aprofundou a dependência até os dias hodiernos. Pode ser entendida como fruto de uma conformação entre os interesses da classe dominante dos países da região e os imperativos político-ideológicos do centro da economia mundial

Essas políticas neoliberais implicaram expropriações de direitos sociais, sucateamento dos espaços públicos, mudanças no mundo do trabalho – prolongamento da jornada, intensificação do trabalho, superexploração, transformação dos direitos básicos e meios de sobrevivência em mercadorias, entre outros aspectos, como será discutido na próxima seção.

### **2.2.1. As implicações do neoliberalismo no cenário brasileiro: a contrarreforma do Estado brasileiro**

Os desdobramentos da crise estrutural do capital só foram sentidos com mais intensidade no Brasil a partir da década de 1990, com a lógica neoliberal que questiona o papel do Estado na sociedade brasileira. Esse questionamento faz parte das políticas de ajustes recomendadas pelos organismos internacionais e se materializa com a “reforma” (contrarreforma) do Estado (BEHRING, 2008), conforme as diretrizes estabelecidas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE-MARE), desenvolvido sob a tutela do intelectual orgânico Bresser Pereira<sup>11</sup>, no então governo de Fernando Henrique Cardoso.

Conforme os idealizadores do PDRE, a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado que deixaria de se responsabilizar diretamente pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Como preconiza o PDRE, o significado de reformar o Estado está interligado ao processo de transferência para o setor privado das atividades que podem ser controladas pelo mercado, havendo, portanto, a generalização dos processos de privatização das empresas estatais. Por conseguinte, promoveria a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que devem ser subsidiados pelo Estado – como é o caso dos serviços de saúde, educação, cultura e pesquisa científica; esse processo foi denominado de Publicização. Behring (2008) destaca que esse programa de Publicização se expressa:

---

<sup>11</sup>Luiz Carlos Bresser Pereira é um economista, cientista político, cientista social, administrador de empresas e advogado brasileiro. É professor da Fundação Getúlio Vargas em São Paulo, desde 1959; e edita a Revista de Economia Política desde 1981. Foi Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (1995-1998) e Ministro da Ciência e Tecnologia (1999).

Na criação das agências executivas e das organizações sociais, e mais recentemente na regulamentação do Terceiro Setor [...] esta última estabelece termo de parceria com ONGs e instituições filantrópicas para a implementação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área social se combina ainda o serviço voluntário, o qual desprofissionaliza a intervenção nessas áreas, remetendo-se ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, por intermédio de um trabalho voluntário não remunerado (BEHRING, 2008, p. 204).

Na verdade, essa lógica de implementação das políticas sociais é transformada em ações pontuais e compensatórias daqueles efeitos mais perversos da crise. Prevalece o trinômio articulado ao ideário neoliberal para as políticas sociais: a privatização, a focalização e a descentralização.

Consoante Netto (1996), a desqualificação do Estado tem sido a “pedra de toque” do privatismo da ideologia neoliberal. As corporações internacionais e o grande capital implementam a erosão das regulações estatais, a fim de liquidar os direitos sociais, o assalto ao patrimônio e fundo público com a desregulamentação apresentada como uma suposta modernização que visa o melhor para a sociedade civil ao liberá-la do que seria o “Estado protetor”.

Corroborando com essa discussão, Casulo (2018) destaca que em nosso país a nova ordem neoliberal instaurou uma dinâmica interna própria de países capitalistas de origem colonial-escravista, com industrialização dependente e hipertardia, fundada na superexploração da força de trabalho que traz implicações à subjetividade dos trabalhadores brasileiros.

A hegemonia do neoliberalismo contribuiu com o aprofundamento da desigualdade social, com a perda de direitos e com as precárias condições de trabalho que têm provocado efeitos na saúde física e mental da classe trabalhadora. Marx (2013), em sua obra “O capital”, já destacava que

O capital não tem [...] a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre a degradação física e mental, a morte prematura, a tortura do sobretrabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumenta nosso gozo (o lucro)? (MARX, 2013, p. 432).

Como consolidação desse ideário capitalista, os últimos governos brasileiros (com especificidades em cada governo) assumem uma postura de defesa às reformas estruturais (privatizações, quebra dos monopólios estatais, expropriação de direitos, entre outros).

Os governos petistas aderiram à lógica das políticas compensatórias, passaram a atuar sobre os efeitos dos problemas sociais e não sobre suas causas, contentando-se em minorar o sofrimento dos sujeitos, dentro, evidentemente, das limitadas possibilidades orçamentárias geradas pelo ajuste fiscal permanente (SAMPAIO JR, 2017). Em síntese, o autor destaca:

[...] com uma mão, intensificou o arrocho salarial e retirou direitos sociais; com a outra, distribuiu fortuitamente as migalhas do orçamento fiscal, anunciando um punhado de programas sociais mal definidos e desarticulados, [...] cumprindo a agenda dos organismos internacionais, as ‘reformas’ que estão por vir devem aprofundar a opção neoliberal (SAMPAIO JR, 2017, p. 53).

As políticas compensatórias podem atenuar os efeitos do modelo econômico sobre os segmentos sociais, mas não são capazes de atingir as causas estruturais. Nesse caso, a situação dramática do desemprego e a perda de direitos sociais no país.

Isso porque as políticas sociais dos governos petistas foram centradas não na área do direito do trabalho e dos direitos sociais, mas, sim, nas políticas de transferência de renda para a classe trabalhadora menos favorecida, permitindo-lhes participar da movimentação econômica, contribuindo para a acumulação do capital.

Para Sampaio Jr (2017), as mudanças consideradas estratégicas, a serviço das quais o governo joga todas as suas energias políticas, são na realidade verdadeiras contrarreformas, medidas desenhadas para aprofundar o ideário neoliberal no Brasil, reforçando ainda mais a blindagem institucional que fecha a possibilidade de políticas econômicas alternativas.

Nesse contexto, como continuação dessa fase capitalista, agora em sua versão neoliberal ortodoxa, acontece a aprovação da Reforma Trabalhista<sup>12</sup>, a qual nasceu do governo “de exceção” Michel Temer (2016-2018), nas palavras de Giovani Alves (2018b), oriundo de um golpe jurídico-parlamentar que sacramentou, como destaca o autor, o projeto burguês de reestruturação laboral.

Essa reforma foi realizada em consonância com os ideais do processo de acumulação do capital, principalmente nessa era da flexibilização no mundo do trabalho com a lógica toyotista. A destruição de direitos trabalhistas é uma resposta da ofensiva burguesa na sua busca incessante por superlucros. Há um crescimento e fortalecimento entre a classe trabalhadora da retórica da aceitação de qualquer negociação para manter o emprego, mesmo que isso signifique a perda de direitos. E as políticas de ativação do trabalho se assentam na lógica de incitar o trabalhador a aceitar qualquer tipo de trabalho (BOSCHETTI, 2017).

---

<sup>12</sup> A Reforma Trabalhista é regulamentada na Lei nº 13.467/2017.

De acordo com Alves (2018b), a Reforma Trabalhista não visa apenas a preservar a ordem oligárquico-política da burguesia em nosso país, mas também a geopolítica da economia global, após a grande recessão dos anos de 2008 e 2009. Nas palavras do autor,

[...] no país da Casa Grande & Senzala, o empresariado (privado ou público) de extração colonial-escravista e de perfil oligárquico, tem historicamente um *ethos* de resistir e contrapor-se ao controle estatal (e sindical) da exploração e espoliação (dos direitos trabalhistas) da força de trabalho brasileira. Por isso, na medida em que abole-se a CLT e o controle sindical, o risco de aprofundamento histórico da degradação física e mental da força de trabalho – tanto das camadas populares quanto das camadas médias – tornou-se um espectro que assombra o mundo do trabalho no Brasil (ALVES (2018b, p. 56 - grifos do autor).

Não é à toa que nesse cenário as doenças dos trabalhadores que mais cresceram foram doenças osteomusculares (causadas por esforço ou repetição) e doenças mentais, principalmente as depressões e sentimentos de fracasso que incapacitam os sujeitos de qualquer atividade laboral, isto é, doenças do produtivismo neoliberal lastreado no regime de acumulação flexível (CASULO, 2018).

Outra lei aprovada nesse período foi a Lei nº 13.429/2017, a qual regulamenta a terceirização para todas as atividades. Os trabalhadores terceirizados, além de ganharem menos, trabalham mais horas, têm maior rotatividade de emprego e menos direitos. São os que mais morrem e se acidentam; com isso, evidencia-se a expressão da precarização do trabalho em nosso país.

Conforme Antunes (2018a), esse grupo de trabalhadores (terceirizados) são os mais vulneráveis e suscetíveis aos acidentes no ambiente laboral, principalmente nos ramos de energia elétrica, extração e refino de petróleo e na siderurgia. Essa compreensão é reafirmada, quando observamos os dados do Relatório de Estatísticas de Acidentes, produzido pela Fundação Comitê de Gestão Empresarial (COGE)<sup>13</sup>. No setor elétrico, a proporção de terceirizados é de 135% em relação aos efetivos. Outro dado alarmante: as taxas de mortalidade dos trabalhadores terceirizados são bem acima daquelas verificadas para trabalhadores do quadro próprio das empresas; os terceirizados morrem 3,4 vezes mais do que os efetivos nas distribuidoras da área de energia elétrica.

Os dados mencionados confirmam a contradição do discurso empresarial que justifica a terceirização como parte da “modernização” das empresas na era da globalização, com vista

---

<sup>13</sup> Informações adquiridas a partir do Relatório de Estatísticas de Acidentes de Trabalho no Setor Elétrico Brasileiro, 2013. Disponível em: <http://www.relatorio.funcoge.com.br/>. Acesso em: 11 out. 2018.

a uma maior especialização das atividades produtivas; no entanto, é perceptível que nessa terceirização também há uma transferência de risco para os trabalhadores, uma vez que há uma desobrigação de cumprir e seguir as exigências da legislação e dos direitos trabalhistas que se tornam de responsabilidade das terceirizadas (ANTUNES, 2018a).

A sociedade da terceirização reconhece no lucro a presença da personalidade humana, sujeito, portanto, dos “direitos fundamentais” de matar e mutilar o coisificado trabalhador na execução de suas atividades laborativas, quando não trocado e/ou descartado como se fosse objeto de pequena proficiência que se quebrou ou que esgotou sua capacidade de gerar o resultado proposto quando foi concebido (COUTINHO, 2017).

Portanto, essas precárias condições de trabalho têm contribuído para ampliar a deterioração das condições de saúde dos trabalhadores e custando-lhes até mesmo a vida. De acordo com dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, de 2012 a 2018, o Brasil registrou 16.455 mortes e 4.5 milhões de acidentes<sup>14</sup>. Em relação ao afastamento por transtornos mentais advindos do trabalho no Brasil, de 2007 a 2018, ocorreram 10.237 casos notificados<sup>15</sup>.

Em seus estudos sobre os impactos da nova ordem neoliberal sobre a saúde mental dos trabalhadores, Ana Casulo (2018) destaca que a polivalência e o aumento da intensificação do trabalho provocaram a sobrecarga laboral, levando o trabalhador à exaustão. Para evitar essa situação, o trabalhador desamparado pelas instâncias coletivas da classe, começou a adotar uma série de medidas e iniciativas pessoais para tentar se proteger do sofrimento físico e psíquico. O sistema capitalista incentivou e surgiram estratégias de defesa particulares, mecanismos de defesa escolhidos pelos próprios trabalhadores. Nesse sentido, a individualização e o rompimento dos trabalhadores com a ação coletiva foram uma das principais derrotas dos trabalhadores na nova ordem neoliberal. Isso porque “[...] Na sociedade neoliberal, a única autoridade passa a ser o mercado e suas demandas, com todos passando a se instrumentalizar para servir a demanda insaciável do Deus-mercado” (CASULO, 2018, p. 70). Nesse sentido,

O futuro do trabalho para as massas trabalhadoras do mundo parece ser um emprego flexível, sem dias de trabalho pré-estabelecidos, sem espaços de

---

<sup>14</sup> Informações adquiridas em: <http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2019/4/acoes-regressivas-gestao-de-riscos-e-impacto-dos-acidentes-de-trabalho-foram-temas-de-debate>. Acesso em: 18 fev. 2020.

<sup>15</sup> Somente foram considerados as doenças e agravos monitorados com ênfase pela Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaSinan>. Acesso em: 13 fev. 2020.

trabalho claramente definidos, sem salários fixos, sem atividades pré-determinadas, sem direitos e sem proteção ou representação por sindicatos. O sistema de 'objetivos' em si é flexível: os objetivos de amanhã estão sempre mudando e devem sempre ser superiores aos do dia anterior (ANTUNES, 2018b, s. p.).

Presenciamos uma sociedade do cansaço, cujos sinais são tratados com drogas para aumentar a atenção e a produtividade, para que os indivíduos não sintam os efeitos causados tanto pelo desgaste do corpo físico quanto da organização emocional (CASULO, 2018). Segundo os dados da OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina. Em relação a transtorno de ansiedade, nosso país é recordista mundial; 9,3% da população sofre com o problema. Ao todo, são 18,6 milhões de pessoas<sup>16</sup>.

Para Casulo (2018), esses transtornos correspondem à resposta pessoal (e humana) ao modelo de gestão empresarial capitalista. Ao lado desse aumento nos transtornos, surgiu o comércio paralelo dos grandes laboratórios farmacêuticos, com o elixir para a solução do mal que assola os trabalhadores; psicotrópicos que prometem melhorar o desempenho e o humor individual dos trabalhadores como uma espécie de *dopping*.

A exaltação do indivíduo pelo capitalismo torna-se ainda mais evidente por sua oposição intensa aos ideais de coletivismo e solidariedade e a preferência/incentivo à competição. Indivíduos devem competir uns com os outros em uma base geral como meio de melhorar seu desenvolvimento pessoal. A concorrência é, economicamente, uma das bases em que o mercado opera e, ideologicamente, corresponde à crença generalizada de que, para ser bem sucedida, é preciso a pessoa competir com os outros por recursos escassos. A implicação da competição é que ela provoca a divisão e o isolamento dos indivíduos. Outros membros da sociedade não são considerados como fontes de apoio, mas sim obstáculos ao avanço pessoal. Nesse sentido, os laços de unidade social são, portanto, grandemente enfraquecidos (MATTHEWS, 2019).

Assim, o neoliberalismo lança seus tentáculos sobre os movimentos sociais, cooptando os sujeitos individuais, desfazendo a identidade de classe e avigorando o individualismo, corroendo o coletivo e a solidariedade entre os membros de um grupo e ainda podendo reforçar os laços identitários particularistas (CASULO, 2018).

Nessa conjuntura de regressões, torna-se imprescindível a organização e a mobilização dos movimentos para retomar os princípios e bandeiras da organização e aglutinação das massas em torno das questões sanitárias, principalmente das implicações na saúde da classe

---

<sup>16</sup> Informações disponíveis em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>. Acesso em: 26 set. 2019.

trabalhadora em decorrência das mudanças no mundo do trabalho, conforme ressaltado por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018). Dentre esses movimentos, destacamos o da Reforma Psiquiátrica, que será discutida a seguir.

### 2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS DOS PRINCIPAIS MOVIMENTOS A NÍVEL MUNDIAL

Inicialmente, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem influência dos movimentos que vinham acontecendo a nível mundial sobre a luta antimanicomial. Segundo Costa (2016), é no encadeamento da Segunda Guerra Mundial que temos um reordenamento da luta de classes em escala mundial. Tem início um movimento de reconstrução econômica e social, em especial na Europa ocidental. Nesse contexto, há uma mudança de relação do Estado com a economia através da adoção do Estado de bem-estar social, que propunha, entre outras coisas, a intervenção estatal para reativar a produção.

Para Amarante (1995a), o período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporâneo. Isso porque ao mesmo tempo, frente ao processo de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível à recuperação da mão de obra da classe trabalhadora que ficou invalidada na guerra. A reforma dos espaços asilares atualizava-se enquanto imperativo social econômico, perante o enorme desperdício da força de trabalho. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se tinham as reformas dos asilos psiquiátricos, também começavam os questionamentos sobre a eficácia desses ambientes no tratamento das enfermidades.

As críticas ao modelo hospitalocêntrico surgem desde denúncias das condições de trabalho até as relativas ao tratamento nas instituições asilares. Contudo, em sua maioria, buscam modernizar e reformar os hospitais psiquiátricos, não rompendo com o modelo hospitalocêntrico.

Uma experiência de grande repercussão foi a Psiquiatria de Setor da França, o movimento inspirado nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas. Eles entram em contato com os manicômios franceses e reivindicam a sua transformação. A psiquiatria de setor restringe a internação em apenas uma etapa que condiz com a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, o que se torna um fator terapêutico (AMARANTE, 1995a).

Na Psiquiatria de Setor, os serviços deveriam proporcionar não apenas o tratamento das doenças mentais, mas igualmente sua prevenção e o pós-cura, através de atividades de reabilitação e reinserção social. Esse modelo não extinguiu o hospital psiquiátrico, visto que fazia parte dos serviços de atendimento à saúde mental; também não operava nenhum tipo de transformação na forma da sociedade entender e tratar a psiquiatria e a loucura (HEIDRICH, 2007).

Nos Estados Unidos, tem a psiquiatria preventiva que se propõe a ser a terceira revolução psiquiátrica, pelo fato de descobrir a estratégia de intervenção nas causas/surgimento das doenças mentais, almejando, desse modo, não apenas a prevenção, mas também a promoção da saúde mental (AMARANTE, 1995a).

A fonte teórica dessa experiência era o preventismo de Gerald Caplan, que afirmava ser necessário prevenir e/ou detectar a doença precocemente, a fim de evitar seu agravamento e os males sociais (HEIDRICH, 2007). A psiquiatria preventiva foi adaptada em três níveis de prevenção:

a) prevenção primária – visava à promoção e à prevenção da saúde mental, e constituía a maior inovação da psiquiatria preventiva; b) prevenção secundária – pretendia diagnosticar precocemente as enfermidades e proporcionar tratamento adequado de forma rápida e eficiente para evitar o seu agravamento; e c) prevenção terciária – buscava propiciar estratégias de reabilitação psicossocial” (HEIDRICH, 2007, p. 43).

O preventismo serviu de inspiração para várias experiências de desinstitucionalização, tornando-se a diretriz de grande parte das iniciativas oficiais que serviram de modelo para diversos países. Contudo, Amarante (1995a) destaca que esse preventivismo significa, de um modo geral, um novo projeto de medicalização da ordem social de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.

Na Inglaterra, surge o movimento da Antipsiquiatria com forte crítica à psiquiatria e à psicopatologia; tal ação rompe com o ciclo de discussões reformistas. Os principais autores desse movimento foram David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson; os quais questionavam as concepções dominantes entre razão e loucura, apontando que o saber psiquiátrico não respondia à questão da loucura, pois a entendia como um fato social ligado às estruturas sociais (COSTA, 2016).

Segundo Amarante (1995a), a Antipsiquiatria procura um modelo assistencial com base em um novo projeto de comunidade terapêutica, cujo saber psiquiátrico possa ser questionado em uma perspectiva diferente daquela médica.

Em consonância com a discussão, Heidrich (2007) destaca que a antipsiquiatria não previa um tratamento no sentido estrito do termo, mas existiam abordagens que procuravam acompanhar e auxiliar o sujeito em seu processo. Os serviços se desenvolviam em instituições abertas, não asilares. O discurso do louco era valorizado como denunciador de uma desordem existente no “núcleo familiar”, com isso a loucura era entendida em uma perspectiva de fato social e a família tornou-se uma categoria central para a compreensão da loucura.

Uma das grandes contribuições no âmbito da Antipsiquiatria vem da Escola Francesa Revolucionária, composta pelos Escritos de Michel Foucault e Robert Castel, no século XX, caracterizados pela desmistificação da institucionalização e pela crítica ao saber psiquiátrico, conforme afirma Costa (2016).

De acordo com a autora mencionada, o livro do pensador Michel Foucault “História da loucura na Idade Clássica”, escrito em 1961, tem vasta contribuição e influência nas discussões sobre a reforma psiquiátrica tanto na Europa como na América Latina, sendo apontado, inclusive, como um marco revolucionário na compreensão das relações entre razão e loucura, na constituição da subjetividade ocidental.

Por conseguinte, uma das discussões mais significativas vem da Psiquiatria Democrática Italiana, datada dos anos 1960, em Gorizia, com um trabalho de humanização do hospital, proposto por Franco Basaglia. Apresenta grande influência na área de saúde mental ao propor uma ruptura com os procedimentos tradicionais e ao instituir uma crítica radical à instituição psiquiátrica.

Conforme Amarante (1995a), o que estava em jogo naquele cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos no âmbito da saúde mental. Nesse contexto, Basaglia chega a Trieste e dá início a um processo de desinstitucionalização com a desconstrução do aparato manicomial. Durante toda a década de 1970, o hospital de Trieste foi sendo “desmontado”, desconstruído e foram sendo criados outros serviços. O trabalho se projetava sobre a comunidade, entendida como o terreno no qual se encontravam as reais formas de exclusão e, conseqüentemente, marginalização e segregação manicomial. Assim, começou-se a construir a noção de território, como o espaço onde se constrói o conjunto das referências subjetivas, sociais e políticas que fazem o cotidiano de vida, bem como a inserção dos sujeitos no meio social (HEIDRICH, 2007).

A repercussão do trabalho em Trieste e em muitas outras cidades da Itália, onde intervinham militantes desse modelo da Psiquiatria Democrática, levou à aprovação, pelo

Parlamento Italiano, da Lei 180 (Lei Basaglia), no ano de 1978, que previa a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços territoriais.

A experiência italiana de desinstitucionalização extrapola a ideia de desospitalização. A inovação de Franco Basaglia e seus companheiros italianos contribuem ao questionar o manicômio e suas desumanidades, mas também por compreender e denunciar que aquela situação desumana era reflexo dos desdobramentos da sociedade capitalista.

O processo de desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. É a superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização, nesse sentido, significa “tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não lhe administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades” (AMARANTE, 1995b, p. 493-494).

Nesse sentido, a experiência italiana de reforma psiquiátrica tem sido apontada como a inspiração para o processo brasileiro. Constituindo o que a literatura denomina de “paradigma da desinstitucionalização”, uma das principais características inspiradoras para o movimento em torno da saúde mental no Brasil, principalmente a partir da vinda de suas lideranças, como é o caso de Basaglia.

Essa perspectiva entende que a luta pela Reforma Psiquiátrica contra o manicômio extrapola a discussão da psiquiatria e da medicina, porque desterritorializa a loucura do campo da psiquiatria e alcança outro patamar: a discussão contra a exploração da sociedade capitalista e a busca da construção de outras relações em seu lugar (HEIDRICH, 2007). Em síntese, “[...] não se trata de uma teoria vazia, vertical, distante do cotidiano e da vida real das pessoas envolvidas, mas, sim, de uma produção coletiva, viva, inscrita e desenhada na contradição do dia-a-dia dos serviços que passaram pelas transformações” (HEIDRICH, 2007, p. 58).

Constitui uma referência fundamental para avaliar o papel do saber e das instituições psiquiátricas na sociedade, a estratégia político-institucional para sua reconversão e para práticas em saúde mental no território, do que propriamente uma abordagem teórica própria, abrangente e sistemática sobre o processo econômico, político e social e de suas implicações para o campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2012).

Nesse sentido, é a partir dos anos 1970 que acontece a reorganização dos movimentos sociais no país. No campo da saúde mental, destacamos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que, através de denúncias das precárias condições de trabalho e da assistência

psiquiátrica, consegue mobilizar tanto a mídia como a sociedade para a discussão sobre a reforma psiquiátrica, como será discutida a seguir.

### **2.3.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira: elementos para reflexão da saúde mental**

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem suas particularidades em relação ao contexto internacional marcado pela superação do modelo hospitalocêntrico, assim como a emergência dos movimentos sociais em torno da saúde. O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como estopim o momento que fica conhecido como a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas relacionadas à saúde mental, como destaca Amarante (1995a).

Conforme o autor, a crise é deflagrada a partir de denúncias realizadas por médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, que registraram/denunciaram as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo ao público a lastimável situação do hospital. Esse ato dos bolsistas recebe apoio de outros espaços coletivos, como por exemplo o Movimento de Renovação Médica (REME) e do Cebes; e culminou, mais tarde, no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no final da década de 1970.

O MTSM passou a tornar públicas as diversas formas de violência existentes nesses espaços e a denunciar a falta de recursos das unidades, a consequente precarização das condições de trabalho refletidas na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas. Inicialmente, as reivindicações giram em torno da regularização da situação trabalhista, como: aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso de eletroconvulsoterapia (AMARANTE, 1995a).

O modelo tradicional com internação em hospitais psiquiátricos por longo tempo, que excluía o sujeito do convívio social, começa a apresentar sinais de esgotamento, pois a lógica desses espaços era que as pessoas improdutivas para o sistema do capital deveriam ser isoladas de qualquer relação familiar ou social e contidas por procedimentos invasivos e desumanos (MOURA, 2017).

No âmbito da saúde mental, não foi diferente do contexto da saúde em geral, visto que a luta pela Reforma Psiquiátrica se alia à luta pela democracia, já que o regime autocrático burguês demonstrava sua aliança com o manicômio em prol da manutenção do sistema. Eram perceptíveis as várias denúncias na imprensa sobre as condições de tratamento nos hospitais

psiquiátricos. Nesse contexto, a última viagem de Basaglia ao Brasil teve forte repercussão na mídia. Noticiada em grandes meios de comunicação, estimulou obras marcantes: *Nos porões da loucura*, de Hiram Firmino, coletânea das crônicas publicadas no *Diário de Minas* e o premiado curta *Em nome da Razão*, de Helvécio Ratton, ambos denunciavam a desumanidade na assistência psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018).

Desse modo, começa a ser constituído o Movimento de Luta Antimanicomial que defendia uma Reforma Psiquiátrica que reformulasse o modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais. Os anos de 1980 possibilitaram outras lutas por uma sociedade mais justa e igualitária. De acordo com Heidrich (2017), o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru-SP, conhecido como “Congresso de Bauru”, foi um dos marcos fundantes e estruturantes do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira. No manifesto do Congresso<sup>17</sup>, fica explícita a seguinte argumentação:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1987, p. 1).

Percebemos que o movimento não estava preocupado apenas com a transformação da instituição, mas também com o modo da percepção de saúde, incluindo a mental, assim como tecia uma crítica ao Estado e à proposta de transformação da própria sociedade.

Conforme Costa (2016), o movimento de luta antimanicomial e o movimento de reforma sanitária passam a defender um projeto de saúde mais amplo. O movimento dos trabalhadores entende a importância da relação entre história, política e saúde. Há uma aproximação deles com as correntes críticas do pensamento social, construindo uma racionalidade a partir da leitura do materialismo histórico e dialético. No entanto, como a autora aponta, esse engajamento era plural e apresentava algumas compreensões distintas

---

<sup>17</sup>Informações disponíveis em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

sobre a concepção de saúde: umas para um projeto de classe emancipatório e outras no sentido mais reformista, de aprimoramento do capitalismo.

Nesse processo de ampliação das discussões, o movimento da Reforma Psiquiátrica passa a unir as bandeiras de luta da Reforma Sanitária. Nesse sentido, o movimento dos trabalhadores em saúde mental se aprimora e cresce diante dos congressos, encontros e outros, com trocas de experiências da Reforma Psiquiátrica em outros países, a exemplo da Itália e Espanha.

A Reforma Psiquiátrica está inscrita num contexto internacional de modificações para superar a violência asilar, sendo fundada em dois âmbitos: na crise do modelo de assistência nos hospitais psiquiátricos; e no empenho que se tinha dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Este, podendo ser considerado o primeiro momento histórico da reforma (1978-1991), com a crítica ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005). Esse movimento é considerado como:

Processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Amarante (2007) corrobora com a discussão sobre o significado da Reforma Psiquiátrica, quando destaca as dimensões envolvidas nesse processo complexo. A primeira é no âmbito *teórico-conceitual*, porque reflete sobre os conceitos mais fundamentais da psiquiatria num contexto epistemológico cuja realidade era considerada um dado natural, capaz de ser apreendida e revelada em sua plenitude. A segunda dimensão estaria no modelo *técnico-assistencial* pautado na tutela, na custódia e no isolamento, que torna o louco incapaz de ser sujeito de sua própria vida, numa perspectiva de ausência de direitos (SILVA, 2019).

A terceira dimensão está relacionada ao campo *jurídico-político*, com a discussão dos direitos humanos. Amarante (2007, p. 69-70) destaca que se refere a “uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece”.

Por último, a quarta dimensão *sociocultural* é considerada como estratégica no processo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que envolve a sociedade na discussão sobre a saúde mental, com o objetivo de provocar o imaginário social e refletir sobre algumas temáticas da área, a partir da própria produção cultural e artística dos sujeitos sociais envolvidos.

Em seu livro intitulado “La Reforma Psiquiátrica”, Desviat dedica um capítulo à Reforma Psiquiátrica brasileira, que considera um dos mais frutíferos, promissores e vigorosos processos de transformação no campo da saúde mental e da psiquiatria (AMARANTE, 1995b). Contudo, as lutas dos movimentos sociais em torno da questão da saúde, principalmente da mental, tiveram novos desafios na década de 1990 devido à consolidação do ideário neoliberal em nosso país, através da reforma (leia-se contrarreforma) do Estado brasileiro.

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, criado em 1989, constituído, sobretudo, com a proposta de ampliação do movimento dos trabalhadores em saúde mental, luta toda a década de 1990 para a aprovação do projeto de Lei 3.657/89<sup>18</sup>, enfrentando duras negociações com o Congresso. Ao mesmo tempo, elabora uma nova identidade para o movimento em meio a um novo processo de desenvolvimento social e econômico no país e de uma complexificação da estrutura social.

Esse projeto de lei<sup>19</sup> dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Conforme Costa (2016), o projeto destacava, já no primeiro artigo, a proibição da construção de:

Novos hospitais psiquiátricos públicos ou a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico. Apontava a necessidade da construção de um planejamento de implantação da rede substitutiva nos estados e municípios, exaltando o fim das unidades manicomiais. Apontava prazos para os processos de substituição dos leitos manicomiais por leitos em instituições substitutivas e a constituição dos Conselhos, trazendo ainda, uma orientação sobre a internação compulsória, que pela primeira vez deveria ser comunicada à autoridade judiciária em 24hs, pelo médico assistente. O projeto trazia ainda uma folha de justificativa que fazia uma reflexão sobre o hospital psiquiátrico e a liberdade (COSTA, 2016, p. 101).

---

<sup>18</sup> O projeto de Lei 3.657/89 é o que vai originar a Lei 10.216 de 2001 que regulamenta a Política Nacional de Saúde Mental em nosso país.

<sup>19</sup> Informações disponíveis em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 24 jan. 2019.

É necessário compreender por que esse projeto passa mais de 10 anos tramitando no Congresso para ser aprovado. Isso ocorreu devido ao jogo de interesses, às negociações e à tentativa constante de manutenção do espaço dos hospitais psiquiátricos. A instituição que surge do moderno é apropriada e reproduzida na sociedade burguesa com o constante conservadorismo.

Enquanto o Projeto de Lei esteve em processo de discussão na câmara dos deputados, alguns acontecimentos fora do país influenciaram na sua aprovação, como foi o caso da Conferência de Caracas, instituída pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A Conferência teve um papel significativo, pois colhe as demandas e boa parte da bandeira da luta antimanicomial, a transforma numa discussão institucional e proporciona a recondução do debate nos termos da assistência psiquiátrica, mediante o que afirma Costa (2016). No entanto, essas discussões, pautadas em uma razão emancipatória, passam a ser ressignificadas a partir de uma razão instrumental.

Para a autora, os traços conservadores são pertinentes ao contexto de contrarreformas e fundamentados em uma racionalidade que instrumentaliza e naturaliza as relações sociais, de modo que ela esteja mesclada com o novo e o velho:

Ora travestida de ‘novo’ modelo de desenvolvimento – no qual a financeirização da economia é combinada com as políticas sociais sob uma mistura nebulosa de globalização neoliberal e cultura pós-moderna –, ora sob uma preocupação voltada a articular a política social com a ordem social vigente. Compreendemos que a dinâmica constitutiva dos processos sociais que têm se desdobrado, na última década, está diretamente relacionada com as estratégias ideopolíticas da sociedade burguesa contemporânea e com o avanço do conservadorismo nos processos de reprodução social (COSTA, 2016, p. 225).

Quando os elementos do passado estão vivos e têm uma base concreta, conseguem transformar-se e adaptar-se ao novo estágio de desenvolvimento, logo, conseguirão manter esse pensamento que de outro modo talvez não fosse possível. Sendo assim, a noção conservadora consiste na concentração acerca do passado de modo que o passado sobrevive através do presente (MANNHEIM, 1959).

Logo, o conservadorismo diz respeito à continuidade e à persistência de um conjunto de ideias que são reinterpretadas e transformam-se em uma explicação e ação que favorecem a manutenção da ordem do capital (IAMAMOTO, 2013).

Portanto, é nesse contexto de mesclagem entre o novo e o velho e de disputas de classes que vamos ter a aprovação do Projeto de Lei 3.657/89 em 2001, sendo transformado

na Lei nº 10.216/2001 que regulamentará a Política de Saúde Mental em nosso país, como será abordada no próximo capítulo.

### **CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL**

Diante do cenário de precarização no âmbito da saúde, acontece em nosso país, nos anos 1970/80, uma articulação entre os trabalhadores, usuários e familiares com o desígnio de reivindicar a situação da saúde brasileira. Ressaltamos que nesse momento, o Brasil estava em um processo de redemocratização no qual os movimentos sociais estavam com mais espaço e força na articulação de suas lutas.

Em decorrência desse processo, surgem os Movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica que se uniram na defesa de uma saúde para todos. Uma das principais bandeiras de luta foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), defendida através da mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. A ênfase maior esteve centrada em assegurar que o Estado tivesse sua atuação em função da sociedade; que fosse pautado no princípio do Estado democrático e de direito, sendo o responsável pelas políticas sociais, dentre as quais se incluía a política de saúde (BRAVO, 2000).

A partir desse cenário, começa o processo de luta para implantação da política de saúde mental em nosso país. Assim, acontece em 2001 a aprovação do projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, juntamente com os movimentos em torno da saúde mental, tornando-se a Lei 10.216, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado. Mesmo diante dos conflitos e disputas de classes em torno da questão da saúde mental, é considerada uma grande conquista, pois redireciona a assistência às pessoas com transtornos mentais e dispõe sobre a proteção e os direitos delas. Deixa explícita em seu terceiro artigo que o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos sujeitos com transtornos mentais são de responsabilidade do Estado, com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

É bom ressaltar que a aprovação do projeto aconteceu diferentemente do que se foi pensado inicialmente, uma vez que se tratava do fechamento dos hospitais psiquiátricos de um modo geral. A Lei 10.216/2001 passou por muitas negociações que resultaram na revisão de seus artigos, passando a prevalecer a existência dos hospitais psiquiátricos nesse campo.

Mesmo com a disputa de interesses, a aprovação da lei passa a ser celebrada por todos, pois os direitos, que para a maioria das pessoas é algo cotidiano, foram negados historicamente aos sujeitos diagnosticados com transtornos mentais; todavia, agora passam a ser garantidos por lei.

A Política de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/01, passa a ser operacionalizada de acordo com os princípios do SUS, sendo eles: universalidade, integralidade, igualdade da assistência à saúde, participação da comunidade, entre outros, seguindo os direcionamentos da descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

Para regular esse processo, especialmente a partir dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), o Ministério da Saúde criou um arcabouço normativo, a fim de respaldar a expansão da rede comunitária e o controle dos hospitais psiquiátricos. Desse modo, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS<sup>20</sup>, referenciados a partir da Portaria 336/02 e a Portaria 130/12, com a função de oferecer atendimento psicossocial, evitar as internações em instituições manicomiais e promover a inserção dos sujeitos com transtornos mentais.

Os CAPS são serviços estratégicos para conduzir e ampliar as ações de saúde mental, desenvolvendo acompanhamento às pessoas com transtornos mentais e às suas famílias, prioritariamente a partir de espaços coletivos, tanto dentro como fora do serviço, articulados a outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, visando sempre à construção de novos lugares sociais e à garantia dos direitos.

O cuidado é articulado por meio de Projetos Terapêuticos Singulares, que envolvem em sua construção usuários, famílias e seus contextos, isso exige constantes mediações dos profissionais em abordagens territoriais, conforme preconizam Garcia *et al.* (2013). Esses autores destacam a importância da construção de uma rede comunitária de cuidados para fortalecer o processo da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa com transtorno mental.

A partir de 2006, os gastos com ações e serviços extra-hospitalares, no âmbito da saúde mental, mantiveram tendência crescente até 2010, ano cujo financiamento para a política ganha maior destaque devido à “epidemia do crack”, anunciada pelo governo e a mídia, sem ter respaldo científico, diga-se de passagem. A partir desse momento, são pensadas ações e programas para o tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo das drogas.

---

<sup>20</sup> É bom ressaltar que em 2001, quando a Lei 10.216 foi aprovada, já existia no país 295 CAPS em funcionamento, fruto da luta dos trabalhadores, movimentos sociais, usuários e familiares que, diante das dificuldades de aprovação da Lei no âmbito nacional, passaram a se organizar nos estados e municípios, conseguindo a aprovação de várias leis estaduais antes da aprovação da lei federal e sem nenhum incentivo financeiro para abertura dos serviços (COSTA, 2017).

Em 2011, foi instituída a RAPS, regulamentada pela Portaria 3.088/11, que corresponde à elaboração de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para sujeitos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa rede veio acrescentar aos serviços de saúde mental já existente, as demandas decorrentes do uso abusivo das substâncias psicoativas.

O principal dispositivo da RAPS para a atenção ao uso abusivo/dependente das substâncias psicoativas é o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD), o qual está articulado com os demais serviços da rede. Costa (2016) levanta algumas questões, principalmente após a republicação da referida portaria em 2013; de acordo com a autora, a RAPS cria uma discussão que ainda não está muito esclarecida, pois os CAPS AD e CAPS I compreendiam que os seus serviços não contemplava o atendimento de crianças e adolescentes com uso de substâncias psicoativas. Com a portaria, os dois serviços recebem, competindo com os municípios, a criação dos devidos critérios. A autora acrescenta o seguinte:

A Portaria 3.088/11 tenta resolver discussões complexas com propostas simplistas. Não é normatizando ações, nem impondo que os dois serviços têm que receber a demanda de álcool e drogas, que se têm os direitos dos usuários garantidos, mas sobretudo, entendendo os determinantes e condicionantes da problemática em questão. É imprescindível ultrapassar as propostas culpabilizantes e proibicionistas que ainda são hegemônicas na área e se avançar numa abordagem histórica da discussão sobre os marcos da sociedade burguesa (COSTA, 2016, p. 116).

Concordamos com a autora sobre a lógica proibicionista e culpabilizante que ainda é majoritária nas discussões acerca das substâncias psicoativas, essa conjuntura ganha maior visibilidade no contexto hodierno, principalmente a partir das eleições de 2010 em que a contemplação midiática divulgou o aumento do consumo de substâncias psicoativas, especialmente do crack.

Apesar das contradições, a luta pela não desestruturação da rede e fortalecimento dos movimentos no âmbito da saúde mental (os profissionais, familiares, usuários e outros) conseguiram conquistas legais através de suas mobilizações e organização. A luta pela saúde mental com vista à Reforma Psiquiátrica tem momentos de avanços e retrocessos, enfrentando a forte resistência do setor privado, cujos interesses financeiros são comprometidos com o modelo manicomial. A aprovação da Lei 10.216 envolveu um processo de correlação de forças e de disputa de interesses, nem sempre favorável à sua implementação.

O movimento da Reforma Psiquiátrica também enfrenta problemas no âmbito do movimento; ao mesmo tempo, há um aumento do número de participantes no movimento, mas também uma despolitização. O movimento fica com sua identidade política fragilizada (sabemos que é um processo que têm altos e baixos em sua trajetória). O IV Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em 2001, expressou a crise do movimento<sup>21</sup>, desde então o movimento de luta antimanicomial tem uma divisão e surge a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).

Embora tenha acontecido essa divisão e algumas compreensões diferentes sobre determinados assuntos, ambos os movimentos, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a RENILA, compartilham da recusa ao hospital psiquiátrico. A luta dos movimentos sociais, da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não termina com a implantação do SUS e da Política de Saúde Mental, muito menos se resumem a essas conquistas, pois são processos que têm um horizonte mais amplo.

Os desafios no campo da saúde mental são constantes, conforme Vasconcelos (2016), em 2015, no segundo governo Dilma, em pleno contexto de crise e tendo em vista a necessidade de tentar garantir o apoio político dos setores conservadores que o apoiavam, a gestão do Ministério da Saúde foi entregue para setores mais atrasados do PMDB, na figura de Marcelo Castro, como moeda de troca. Por conseguinte, o ministro indicou em dezembro de 2015, para a Coordenação de Saúde Mental, o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, cuja biografia pública tem a marca de ter sido, na década de 1990, o médico responsável pela Casa de Saúde Dr. Eiras, a maior clínica psiquiátrica privada na América Latina, conhecida por ter sido utilizada durante a ditadura militar, como local para prisão e tortura das pessoas presas politicamente sob a desculpa ou suposição de loucura (COSTA, 2016).

Diante do acontecimento, os Movimentos de Luta Antimanicomial, RENILA e MNLA, organizam mobilizações em todo o país, além de ocupar a sala de Coordenação Nacional de Saúde Mental, com trabalhadores, pesquisadores, professores universitários e usuários. Ao lado desses movimentos, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva

---

<sup>21</sup> Essa crise está relacionada com alguns aspectos, entre eles, o envelhecimento natural e uma institucionalização das lideranças originais ou mais antigas do movimento e a criação de duas tendências internas independentes e principais no movimento, a Rede Nacional Internúcleos (RENILA) e o MNLA, em 2001, no Encontro de Miguel Pereira, no Estado do Rio de Janeiro; com a cisão mais definitiva a partir de divergências que já vinham se acumulando. O principal disparador foi a discussão sobre a forma de organização capaz de gerar debate e decisões políticas de forma mais ágil, para se enfrentar a conjuntura e a atuação direta nas esferas políticas mais amplas (VASCONCELOS, 2012).

(ABRASCO) e outras instituições<sup>22</sup> se pronunciam publicamente contra a nomeação de Valencius Wurch, uma vez que suas perspectivas não são alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, tendo em vista que, há décadas, tem uma contínua e ininterrupta atuação nos hospitais psiquiátricos e a defesa desses estabelecimentos (ABRASCO, 2015).

Outro aspecto destacado pelas instituições é que, dada a exigência de publicação científica como um indicador de produtividade no campo da ciência e da academia para ocupação do cargo, informam que o Dr. Valencius W. Duarte Filho não possui trabalhos publicados no âmbito da psiquiatria e da saúde mental (ABRASCO, 2015). Entretanto, as contradições existentes no âmbito da saúde, particularmente na saúde mental vão muito além de nomeações de cargo, dizem respeito às disputas existentes entre a lógica de universalização e privatização existentes nesse campo.

Ainda no governo da então presidenta Dilma, é aprovada a Lei nº 13.097/15 que abre espaço para o capital estrangeiro atuar nos serviços de saúde, contrariando o exposto na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS) (SILVA, 2017). Isso comprova a lógica de mercantilização da saúde que vem sendo difundida como melhoria para o campo da saúde em geral.

O ideário neoliberal reacendeu a chama do conservadorismo no campo das políticas sociais, principalmente, em relação à saúde mental e às drogas. Essas políticas têm sofrido com as expressivas contrarreformas. Nas palavras de Granemann (2017, p. 60), “as necessidades de a acumulação capitalista encontrar novos espaços de valorização para ‘resolver’, ainda que momentaneamente sua crise, tem nas contrarreformas do Estado a sua expressão atual”. Essas estratégias passam tanto pela privatização das empresas estatais como pela apropriação dos espaços ocupados pelas políticas sociais que são convertidos em mercadoria e metamorfoseados em negócios da iniciativa privada.

Desse modo, não é surpresa, no capitalismo contemporâneo, ocorrerem constantes ataques às políticas de direitos sociais, em particular à saúde pública universal no Brasil, intensificando a fragilidade do SUS, como destacam Mendes e Carnut (2020). Nos últimos anos, como concretização desses ataques aos direitos, evidenciaram-se as “reformas”, leia-se

---

<sup>22</sup> A Associação Brasileira de Saúde Mental/ABRASME; o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/CEBES; o Conselho Federal de Psicologia/CFP; o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS- UERJ; o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial/MNLA e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial/RENILA. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>. Acesso em: 02 set. 2020.

contrarreforma, no âmbito da saúde; por isso, discutiremos particularmente esses desafios no campo da saúde mental.

### 3.1 A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL<sup>23</sup>

Nas últimas décadas, ocorreu uma verdadeira expropriação de direitos sociais e trabalhistas, principalmente a partir das transformações societárias pós-crise dos anos 1970, com a impulsiva disputa de classe e a forte manifestação do caráter estruturalmente conservador do Estado capitalista (BOSCHETTI, 2018).

As expropriações contemporâneas correspondem à própria generalização do comando do capital sobre o conjunto da vida social, isto é, a subsunção real do trabalho ao capital, que o conduz a destruir toda e qualquer barreira interposta à sua urgência de reprodução ampliada (FONTES, 2010).

Nesse sentido, acontece o golpe de 2016 no Brasil como uma contratendência para destravar a acumulação capitalista e que dispõe do Estado para remodelar a forma jurídica a seu favor, como asseguram Mendes e Carnut (2020).

É justamente no contexto de recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo, materializado no governo ilegítimo de Michel Temer (2016-2018), que se presencia a reatualização do conservadorismo (neoconservadorismo) emergente na década de 1970, como forma ideológica dominante da ordem capitalista, combatendo a intervenção estatal nas políticas sociais, almejando uma sociedade com mercado livre. Ao Estado, cabe a função coercitiva de reprimir todas as contestações sobre esse modo de dominação (BARROCO, 2015).

O Governo de Temer, inegavelmente, representou os setores mais reacionários, retrógrados e conservadores da sociedade brasileira, aliado à burguesia (TEIXEIRA, 2018). Trata-se de um “projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Para Boschetti (2018), no contexto de capitalismo periférico e dependente, especialmente na América Latina e Caribe, onde sua participação na reprodução da força de

---

<sup>23</sup> Esta seção contempla elementos de um artigo submetido à **Revista Argumentum**, v.12, n. 02, 2020.

trabalho sempre foi mais limitada, os ataques hodiernos colocam bárbaras formas de superexploração da força de trabalho. Isso porque a ofensiva burguesa em sua luta pela recomposição das taxas de lucro provoca um verdadeiro processo de expropriação dos direitos.

Esses processos contemporâneos de expropriação apropriam-se de novos elementos, seja para monopolizá-los ou para produzir novas atividades capazes de apresentar valor, resultando numa intensa mercantilização de todas as formas da vida social e humana, conforme Fontes (2010).

Para a autora mencionada, talvez a forma mais impactante das expropriações internas contemporâneas seja o amplo terreno científico tomado genericamente como o campo da saúde, que constitui na atualidade um dos mais importantes setores de investimentos mundiais. Logo, compreendemos por que existe a defesa na mercantilização desse direito. Entende-se as tensões da afirmação do direito à saúde em nosso país, principalmente devido às contrarreformas realizadas que favorecem os grandes empresários das aglomerações hospitalares: a indústria farmacêutica e outros setores capitalistas.

Esses elementos estão presentes nas ações governamentais realizadas no âmbito da saúde mental. A contrarreforma na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), realizada no governo Temer, configurou-se como a maior ofensiva desde o movimento da Reforma Psiquiátrica, porque:

A reforma psiquiátrica tem sido a diretriz da política pública adotada paulatinamente, com avanços e recuos, pelo governo brasileiro desde a década de 1990, permanentemente sendo negociada entre as forças políticas. Contudo, a adoção da reforma psiquiátrica acontece num momento histórico e contraditório em que os países da América Latina começam a vivenciar os primeiros ensaios neoliberais (DIAS, 2007, p. 134).

Percebe-se que desde os momentos iniciais da Reforma Psiquiátrica há conflitos de classes em disputa no campo da saúde mental. Essa prova de forças aumenta com o ideário neoliberal no contexto brasileiro que visa à redução dos gastos públicos no âmbito social, a expropriação dos direitos sociais, especialmente aqueles sujeitos que apresentam algum quadro de transtorno mental.

É com o recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo, a partir do golpe de 2016, que acontecerá a desconfiguração da PNSM estruturada mediante a implementação da Resolução nº 32/2017 e a Resolução nº 01/2018, uma vez que colocarão novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos e a ampliação do financiamento e legitimação das comunidades

terapêuticas no rol dos serviços da RAPS, para as pessoas com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas.

Essas medidas supra-assinaladas foram aprovadas no final do ano de 2017, pelo gestor público federal responsável pela área, Dr. Quirino Cordeiro Júnior, em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite<sup>24</sup> (CIT), em Brasília, sem que houvesse nenhum debate com participação da sociedade. Isso demonstra como se encontra a democracia em nosso país, em um espaço no qual deveria se ter diálogo, há uma forte democracia blindada que atende aos interesses da classe dominante (DEMIER, 2017).

Nesse sentido, a nova revisão da PNSM foi aprovada nesses pressupostos de interesse da elite burguesa. Entre as alterações, ocorreu:

A Suspensão do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e, ainda o aumento no valor pago pelo governo por diária de internação nesse tipo de serviço; os Hospitais Gerais poderão utilizar até 20% de sua capacidade para alas psiquiátricas, sendo que enfermarias com maior número de leitos terão incentivos maiores do que enfermarias com vagas reduzidas, devendo permanecer com 80% de ocupação; financiamento oficial do Ministério da Saúde às Comunidades Terapêuticas; novo modelo de Caps 24 horas para atendimento a usuários de álcool e outras drogas, entre outras alterações. (BORGES, 2017, s.p).

As medidas tiveram apoio de algumas entidades como a Associação Brasileira de Psiquiátrica (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). Entidades que historicamente, no Brasil, fizeram das instituições manicomiais verdadeiros campos de concentração com a promoção de uma espécie de holocausto brasileiro em nome de seus experimentos bárbaros, como eletrochoque e lobotomia (BORGES, 2017). A autora acrescenta que:

A postura do Ministério da Saúde e dos políticos que aprovaram as medidas, diante das críticas e questionamentos acerca das mudanças mostra que de Temer a Crivella o que está em questão são os interesses da indústria da loucura, uma vez que todas as medidas garantem, sobretudo, um mercado ainda mais lucrativo, uma verdadeira mina aos donos da tarja preta e às suas convicções morais, religiosas, com uma política totalmente proibicionista que mata e encarcera milhares de negros e negras, com a guerra às drogas, enquanto mantém sem nenhum tipo de punição quem financia a droga no país com transporte em helicópteros (BORGES, 2017, s/p).

Foi uma revisão elaborada e pensada na obtenção da expansão lucrativa dos capitalistas que têm seus interesses nesse campo da saúde mental, ao invés de se voltar para

---

<sup>24</sup> Válido esclarecer que a Comissão Intergestores Tripartite é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

ampliação de uma política pública de qualidade e integral. Foi repudiada por outras entidades<sup>25</sup> como Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), assim como pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) que considerou a proposta como “antiética, ilegal e inconstitucional”, apoiada inclusive pela indústria farmacêutica e pelo complexo empresarial hospitalar.

Para pensar o acesso humanizado à saúde mental como a efetivação de um dos Direitos Humanos do usuário, requer primeiramente romper com a trajetória mística, depreciativa, de repulsa, coerção e exclusão que imperou por longo tempo na sociedade brasileira, que negava o convívio com esse público e, ao fazê-lo e encarcerá-lo, reduzia-o a um ser vivo, mas, não inteiramente humano (SANTOS *et al.*, 2017). Logo, a nova revisão da PNSM, revestida do velho, quer aprimorar os laços com as raízes conservadoras da sociedade brasileira que tendem a reproduzir estratégias para dificultar ou negar as conquistas da classe trabalhadora (COSTA, 2019).

A proposta de mudança na política de saúde mental, na qual o governo pretendeu investir nos serviços e hospitais psiquiátricos, embora contemplasse a criação de vagas em hospitais gerais, representou uma responsabilidade de execução aos setores privados do capital, através da construção de novos hospitais e clínicas psiquiátricas com vistas à lucratividade e à refilantropização dos serviços. Essa ampliação dos serviços hospitalares psiquiátricos representa o retorno a um passado sombrio, contra o qual se lutou tanto para superar (CFESS, 2017).

Outro aspecto é a criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental, denominada de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental, uma espécie de serviço intermediário entre CAPS e atenção básica, sendo a novidade explicitada no artigo 6º, da Resolução nº 32/2017. É possível compreender que a criação dessa rede de ambulatórios especializados em saúde mental apresenta-se como uma volta ao passado, uma vez que esses serviços existiam antes do processo da Reforma Psiquiátrica e os mesmos foram suprimidos pela falta de resolutividade em seu funcionamento e por apresentar algumas irregularidades (SILVA, 2019).

Desse modo, a perspectiva de quebrar a lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental, como estão articulados, demonstra que o desígnio do governo de

---

<sup>25</sup> Informações disponíveis em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>. Acesso em: 13 ago. 2018.

Michel Temer e as primeiras iniciativas do governo Bolsonaro são um retorno ao modelo de exclusão e desassistência aos usuários.

Isso porque o tratamento que visa à integralidade na saúde e, especificamente, na saúde mental, tem como premissa reconhecer o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença: usuários, gestores e trabalhadores. Estes devem compartilhar e, coletivamente, definir a estruturação dos serviços ofertados, buscando qualificar a oferta e asseverar a operação do direito e não o retirar (SANTOS *et al.*, 2017).

Em contraposição à perspectiva de tratamento integral, o governo Temer aprovou a Portaria nº 3.659/2018, na qual suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado aos serviços da RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Com a portaria, cerca de 322 serviços foram diretamente afetados por um corte de aproximadamente R\$ 77,8 milhões; contrariando sua defesa de fortalecimento da RAPS mencionada na Resolução nº 32/2017 do Ministério da Saúde.

Questionamo-nos se realmente essa portaria foi criada devido a esse descumprimento burocrático de um não preenchimento de dados em uma plataforma do SUS ou representou outro interesse do governo na época. De acordo com Marisa Helena Alves, do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a suspensão do repasse fez parecer que havia um cuidado do governo federal com o uso do dinheiro público. No entanto, ao cortar o recurso dos municípios, o principal afetado foi o usuário do serviço. Marisa acrescenta que o correto seria o Governo fazer uma auditoria para identificar quais gestores não cumpriram o dever de cadastrar os serviços no sistema de informação do SUS. Na verdade, dever-se-ia ter um acompanhamento para monitorar essas ações (VELLEDA, 2018).

A Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, mencionada anteriormente, esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Destacamos um ponto irrisório da nota, quando afirma que as mudanças realizadas no âmbito da saúde mental e drogas estão expandindo e fortalecendo a RAPS e

sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções menos invasivas possíveis, mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível. Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos

Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos (BRASIL, 2019a, p. 8).

Observa-se um posicionamento paradoxal ao que está exposto, principalmente na lógica da Portaria nº 3.659, em 14 de novembro de 2018, de corte no financiamento da RAPS. As medidas adotadas pelo governo Temer contribuíram para o desmonte dos serviços já existentes no campo da saúde e um reforço ao conservadorismo nas políticas sociais, especialmente nas políticas relativas ao âmbito das substâncias psicoativas. E, em consonância com as ações de Michel Temer, o governo sucessor recrudescer suas intenções no que se refere ao âmbito da saúde mental, especialmente relacionada às drogas.

No começo de 2019, o Ministério da Saúde informou que, ao avaliar a política de saúde mental dos últimos anos, constatou um prejuízo de 80 milhões, referente à baixa taxa de ocupação de leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Conforme Almeida (2020), nenhuma política pública tem como objetivo proporcionar lucro, assim sendo, a palavra prejuízo não faz o menor sentido nesse caso. Em síntese, a autora destaca que:

[...] afirmar que a saúde pública possa dar prejuízo ao país, retrata muito bem o modelo econômico de Guedes [...] – cuja proposta perversa visa garantir melhores índices econômicos às custas da destruição dos serviços públicos, do estado de proteção social e dos direitos dos trabalhadores. Assim, para ser justo com o SUS e sua proposta original, o máximo que se pode dizer num caso como esse é que determinado recurso não esteja sendo usado da melhor maneira ou de forma racional, e isso pode ser facilmente corrigido pelo próprio sistema, sem a necessidade de destruí-lo (ALMEIDA, 2020, s/p).

Nesse sentido, a intenção é difundir uma imagem do SUS como sistema precário, que dá prejuízo, dado que os leitos psiquiátricos em hospital geral são ineficientes e dispensáveis. Assim, o governo vai aos poucos finalizar seu projeto de acabar com o SUS e, no campo da saúde mental, retornar com os hospitais psiquiátricos, privados e mantidos com dinheiro público, tal como antes. Há muito empresários de guarda, esperando para lucrar novamente com a “*Indústria da Loucura*”. Talvez, agora, o mais adequado seja *Mercado da Loucura*. E se depender da devastação social e psíquica ocasionada pelo governo Bolsonaro, paciente não vai faltar (ALMEIDA, 2020).

A atual conjuntura é complexa e apresenta um momento político difícil. Uma correlação de forças que desfavorecem as conquistas da classe trabalhadora diante da investida imperialista neoliberal do capital, representando grande retrocesso no campo das

políticas sociais, entre elas, temos: a política de saúde mental, que tem sofrido uma contrarreforma com o intenso processo de desfinanciamento em seu âmbito; a inclusão dos hospitais psiquiátricos; e as comunidades terapêuticas na RAPS, contrariando toda a luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica em nosso país, assunto que como será discutido nas próximas seções.

### **3.1.1 O subfinanciamento e desfinanciamento da Política Nacional de Saúde Mental**

A discussão acerca do financiamento da política de saúde tem sido um processo difícil e tenso no contexto da barbárie do tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise, como aponta Mendes e Carnut (2020).

Desde sua garantia na Constituição de 1988, a saúde se constitui em um campo de tensionamento entre dois princípios: o da universalidade – que reafirma o direito às ações e aos serviços de saúde garantidos pelo Estado com recursos financeiros que sustentem essas ações – ; e o princípio da focalização, o qual direciona as ações e serviços de saúde a grupos economicamente desfavorecidos, os quais não têm condições de acessá-los no mercado (OLIVEIRA, 2017).

O debate sobre a política de saúde e seu financiamento deve ser compreendido em um contexto de apropriação do Fundo Público pelos interesses privados, para redirecionar os recursos que são destinados às políticas sociais para o âmbito econômico (SALVADOR, 2017).

Nesse sentido, compreende-se também a apropriação do fundo público da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) para a valorização do capital financeiro. Os recursos destinados ao financiamento da seguridade social são transformados em recursos fiscais para a composição do superávit primário e redirecionados para pagar os juros da dívida que alimenta as políticas financeiras, segundo aponta Oliveira (2017). Para a autora, a apropriação do fundo público destinado à política de saúde, e nela a política de saúde mental, é expressa pelo subfinanciamento da saúde, bem como pelos gastos direcionados ao mercado privado desse setor.

Nestes tempos de supremacia do capitalismo imperialista financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo assim riscos à saúde universal. Há um aumento nos ataques aos direitos sociais e à saúde. Não se trata apenas de um problema de cortes drásticos nos gastos públicos. Na verdade, as políticas austeras

adotadas no atual período dizem respeito também à mudança de organização do sistema de proteção social, servindo aos interesses mercantis (MENDES, 2017).

Em seus estudos sobre os gastos da política de saúde mental em nosso país, Edineia Oliveira nos mostra como esse processo de desfinanciamento da saúde pública afeta de forma diferente os níveis de atenção à saúde e aos seus usuários. O financiamento da saúde mental ganha um maior destaque a partir de 2010, visto que com o aumento do consumo de crack, a partir de 2008, e a visibilidade dada pela mídia, o tema “drogas” toma relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental. No ano de 2010, o Ministério da Saúde garante a definição de ação orçamentária para investimento em ações de combate ao crack e a outras drogas, o que representa avanço para a política de Saúde Mental.

Essa “epidemia do crack” possibilitou a visibilidade dos gastos na área da saúde mental, que permanece subfinanciada. A partir da visibilidade dada, é possível monitorar o direcionamento dos recursos (OLIVEIRA, 2017). A autora criou um quadro para sistematizar os gastos do programa Saúde Mental em relação aos custos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos desse setor.

**Quadro 1 - Gastos em serviços de saúde e em Saúde Mental**

<b>Período</b>	<b>Gasto Federal em Ações e serviços Públicos de Saúde (em bilhões)</b>	<b>Percentual gasto Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS</b>
2001	71,79	2,4%
2002	71,57	2,5%
2003	62,22	2,4%
2004	69,53	2,3%
2005	70,43	2,3%
2006	76,32	2,3%
2007	79,94	2,7%
2008	81,39	2,7%
2009	89,31	2,5%
2010	96,36	2,7%
2011	92,89	2,6%
2012	98,67	2,3%
2013	98,31	2,1%
2014	99,02	1,9%
2015	105,18	2,3%
2016	102,10	1,6%

**Fonte:** Adaptado de Oliveira (2017, p. 199).

Como a autora coloca, é perceptível que houve uma tendência crescente, no período de 2007 a 2010, chegando a 2,7% do montante dos recursos destinados à saúde. Entretanto, a partir de 2010, a tendência foi decrescente, com queda em 2014; recuperação em 2015 e

novamente queda acentuada em 2016 (1,6%). Esse decréscimo será ainda maior a partir de 2016, devido ao congelamento dos gastos primários, entre eles a saúde. Para Oliveira (2017), o congelamento do gasto público com saúde em valores equivalentes ao limite mínimo de 2016 tem como base um patamar muito baixo, considerando a mudança da regra de aplicação de recursos pela União da EC 29 em 2015 para a EC 86 em 2016, que, somado à queda da arrecadação, a previsão é de perda importante de recursos onde já é precário.

O grande desafio atual para o financiamento do SUS é o congelamento, até 2036, das despesas primárias do Governo Federal, determinado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC/95), denominada de EC do Teto dos Gastos Públicos, que estabelece o Novo Regime Fiscal e congela as chamadas despesas primárias (exceto os gastos com o pagamento dos juros da dívida) por vinte anos, inviabilizando o desdobramento dos serviços do SUS (SALVADOR, 2017).

De acordo com Mendes e Carnut (2020), com o golpe institucional de 2016, agudizou-se o processo de destruição dos direitos sociais e, na área da saúde, o esmagamento do financiamento do SUS parece ganhar um ritmo mais frequente. Intensificou-se no governo Temer a lógica da política econômica restritiva a uma potência jamais perseguida nos últimos 30 anos (MENDES; CARNUT, 2020). Diante disso,

[...] nos deparamos com uma das maiores medidas de austeridade defendida pelos arautos do capital financeiro, correspondendo ao tacão de ferro no histórico subfinanciamento do SUS: a EC 95/2016. Esta impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. [...] os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5% (MENDES, 2017, p. 5).

Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento com a EC/95, configurando-se em “um quadro de aniquilamento, ‘a conta-gotas’ das tentativas de construção de nosso sistema universal” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 26)

Nos últimos dois anos de 2018 e 2019, houve uma perda acumulada de R\$ 9,7 bilhões no financiamento do SUS. A projeção da perda será crescente, se houver crescimento da economia; o que importará em mais ou menos 200 bilhões de reais em 20 anos (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Behring (2018) define a EC 95 como uma espécie de Cavalinho de Tróia, uma vez que indexa os gastos primários do Governo Federal à inflação do ano interior, poupando os juros,

encargos e amortizações da dívida pública, certas transferências constitucionais e as chamadas empresas estatais autônomas, pessoas jurídicas de direito privado que podem realizar operações financeiras com debêntures e títulos podres da dívida ativa.

Para Machado (2017), o Estado é o instrumento estruturante das políticas econômicas que, sob o contexto de crise, materializou medidas de austeridade fiscal, especialmente no que diz respeito à apropriação de recursos do fundo público. Logo, assistimos ao enfraquecimento dos recursos para essa política social, enquanto se intensificam os mecanismos que tornam as políticas sociais fontes de valorização e transferência de excedentes às classes dominantes brasileiras.

Conforme Mendes e Carnut (2018), esse cenário é bastante significativo nesses tempos de vigência do ideário neoliberal e da valorização fictícia no movimento do capital. Não é identificada uma retirada do Estado no âmbito econômico, pelo contrário, assiste-se ao fortalecimento da espoliação financeira em seus orçamentos. Para isso, como destacam os autores, a adoção de políticas austeras a nível mundial e brasileiro, com expropriação dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, tem sido a ordem do dia.

Desse modo, após a derrubada do governo “indesejável”, foi possível incrementar com toda força os programas neoliberais de ajuste econômico e restringir os direitos sociais. Assistimos a tudo isso a partir do recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo com o governo ilegítimo de Michel Temer, após o golpe parlamentar-midiático. Diversas iniciativas são tomadas no sentido de maior regressividade na história brasileira e de contrarreformas que afetam a vida da classe trabalhadora, a exemplo da inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS.

### **3.1.2 Retorno aos hospitais psiquiátricos: um mix de passado e presente**

A contrarreforma realizada no âmbito da PNSM atende aos critérios do ideário neoliberal para o tratamento dos sujeitos com transtornos mentais, uma vez que a Resolução nº 32/2017 disciplina, já em seu artigo 1º, que para fortalecer as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluirá como dispositivo/componente da rede os Hospitais Psiquiátricos especializados.

Esse desiderato é reafirmado na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, na qual o Ministério da Saúde afirma que “não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A

Rede deve ser harmônica e complementar” (BRASIL, 2019a, p. 3-4). Desse modo, o hospital psiquiátrico terá espaço e financiamento garantido dentro da RAPS. Ainda é mencionado que:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711 (BRASIL, 2019a, p. 6).

Observa-se um retrocesso a toda luta do movimento pela Reforma Psiquiátrica, pois rompe com o processo de superação da lógica manicomial que vinha sendo construída em nosso país e nos leva ao contexto de 30 anos atrás.

No campo da saúde mental, o documentário “Holocausto brasileiro” fez um relato da desumanização do homem, quando foram mortas mais de 60 mil pessoas (as notificadas), em estado deplorável. Essa película cinematográfica retratou o ano de 1979, oportunidade na qual Franco Basaglia (referência mundial na busca pela humanização na assistência das pessoas com transtornos mentais) visitou o hospital Colônia, em Barbacena, no estado de Minas Gerais, caracterizou aquele ambiente como um campo de concentração. Tememos que essa descrição possa se tornar realidade novamente na história brasileira.

Na contramão do fortalecimento dos hospitais psiquiátricos por esses governos neoliberais ortodoxos e neofascistas, no final do ano de 2019, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou um relatório da inspeção nacional nos hospitais psiquiátricos no país – foram inspecionados 40 (quarenta) hospitais. Nesse documento, fica explícita a falta de estrutura para funcionamento dos locais: a insuficiência dos profissionais para atender a demanda dos usuários, e, por conseguinte, a violação dos direitos humanos.

Quanto à localização das instituições psiquiátricas, destaca-se que algumas delas são localizadas em regiões afastadas do perímetro urbano, comprometendo o acesso a esses ambientes, principalmente para os familiares que desejam visitar as pessoas internadas. Esse comprometimento afeta os laços sociais que deveriam ser fortalecidos (CFP, 2019).

Oposto ao que preconizam as regras internacionais de qualidade da assistência psiquiátrica ou do aparato normativo brasileiro, cotidianamente os usuários internados em hospitais psiquiátricos são submetidos a situações de violência operadas pela equipe de profissionais da instituição, contrariando o dever ético de assegurar assistência livre de danos, de imperícia, de negligência ou imprudência.

Conforme o relatório, há um falso paradigma da segurança do paciente e dos trabalhadores, os usuários são submetidos à medicação excessiva, à contenção mecânica diária e ao isolamento em quartos sem nenhum suporte (contenção espacial). Não foi incomum constatar isso nas descrições de enfermarias, cujos usuários passam a maior parte do tempo trancados, sem a presença de nenhum profissional de saúde, sob responsabilidade deles próprios para a mediação dos conflitos.

A justificativa adotada por algumas instituições de que o isolamento, a contenção e o castigo são as únicas medidas a serem tomadas não encontra qualquer fundamento legal, nem tampouco terapêutico; e é por si só a admissão da prática de tratamento cruel, desumano e degradante (CFP, 2019).

A realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos é de cotidiana violação de direitos humanos. Pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental são tratadas de forma degradante, sendo submetidas a qualquer tipo de “atendimento”, sem que haja preocupação com a qualidade da assistência prestada, na contramão das diretrizes de atenção à saúde definidas pelo SUS<sup>26</sup>. Foram identificadas diversas situações de violação de direitos humanos que apontam para práticas de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, além de denúncias de estupro, violência de gênero, desrespeito à crença, revista vexatória como método institucional e a imposição de religião como método terapêutico (CFP, 2019).

Nas inspeções realizadas, foi constatado que o uso excessivo de medicação ganha sentido e há uma função especial na instituição: controlar as pessoas internadas que desorganizam ou “atrapalham” a rotina do ambiente e se rebelam em face da violência institucional. Na maioria das instituições, o uso da medicação ocorre em desrespeito aos normativos nacionais e internacionais da área da saúde, bem como àqueles que versam sobre os direitos dos sujeitos com sofrimento e/ ou transtorno mental.

Por conseguinte, é importante ressaltar que as práticas coordenadas pelas equipes multidisciplinares das instituições visitadas não estão ancoradas nos princípios e diretrizes nacionais e internacionais de reabilitação ou qualificação profissional, uma vez que não visam à inclusão produtiva das pessoas internadas. Ao contrário, têm atividades desempenhadas pelos usuários relacionadas à manutenção dos hospitais, tais como: apoio à limpeza e varrição, auxílio no refeitório e cozinha, realização de obras e pequenos reparos.

---

<sup>26</sup> Correspondem às diretrizes do SUS a(o): a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.

Os profissionais responsáveis pela inspeção questionam por que as atividades de trabalho são propostas somente aos usuários internados pelo SUS, uma vez que não houve qualquer relato de ações institucionais ou relato de profissionais e usuários entrevistados sobre atividades de trabalho nas alas privadas ou particulares das instituições visitadas. Tal situação corrobora com a compreensão de que as atividades de trabalho, defendidas com a finalidade terapêutica, não se sustentam; caso contrário não haveria necessidade de distinção entre os usuários do serviço público do SUS e os do setor privado.

Outra questão abordada no relatório corresponde ao tratamento de crianças e adolescentes, pois há informação de que parte dos hospitais psiquiátricos inspecionados recebe crianças e adolescentes de forma extemporânea e em ambiente comum aos adultos. Conforme a inspeção, não há diferenças de tratamento ou atenção especial às peculiaridades de crianças e adolescentes na organização do projeto assistencial, tampouco nos projetos terapêuticos singulares. Trata-se de uma situação grave diante da vulnerabilidade das crianças e adolescentes nesse ambiente, se considerado todo aparato normativo de proteção a eles.

Outro grupo vulnerável são as mulheres privadas de liberdade nessas instituições psiquiátricas, pois, como afirmado no relatório, muitas são assediadas sexualmente ou, como registradas em vários casos, vítimas de estupro.

Enfim, os hospitais psiquiátricos inspecionados apresentam posturas que denotam características asilares, uma vez que foi notada a ausência de proposta de tratamento para a internação, tornando-a um fim em si mesmo; a perpetuação de moradores no interior das instituições; a realização de intervenções sem consentimento; a violação das correspondências ou monitoramento de contatos telefônicos e a ausência de articulação com a rede extra-hospitalar para a continuidade do cuidado pós-alta. Dentre as situações relacionadas aos maus-tratos, tratamento desumano e degradante, encontraram a insuficiência e a má qualidade de alimentação e água potável; banho frio e banheiros sem porta; indícios de apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas, entre outros. Muitas dessas, contudo, são ações por omissão (CFP, 2019).

O relatório da inspeção nacional vem corroborar ainda mais com o anacronismo existente na inclusão dos hospitais psiquiátricos como serviço na RAPS. Nos últimos 20 anos, a política de saúde mental brasileira adotou uma proposição antimanicomial, com o desígnio de finalizar um longo e tenebroso histórico de sofrimentos, abusos, violações e violências, ocorridas nos hospitais psiquiátricos. Portanto, procurou desconstruir o modelo manicomial e hospitalocêntrico, redirecionando o financiamento e as políticas para serviços não

hospitalares, de caráter comunitário, com tratamento em liberdade e garantia de direitos – os CAPS. Caso existisse um quadro grave e a necessidade provisória de internação (não mais definitiva, tal como era antes), o paciente poderia ser internado em leitos psiquiátricos, preferencialmente os leitos especializados em hospital geral, exatamente para evitar o estigma e a iatrogenia do modelo manicomial (ALMEIDA, 2020).

No que diz respeito à Resolução nº 32/2017, observa-se que essa apresenta algumas contradições, uma vez que em seu artigo 5º veda “[...] qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados”; e no artigo 9º da mesma Resolução determina a ampliação da “[...] oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017a, s.p). Nota-se que isso contraria os pressupostos de luta e defesa da Reforma Psiquiátrica, o disposto na Lei nº 10.216/2001 e a Portaria GM/MS nº 3.088/2011.

o contexto é de desafio, luta e resistência frente à expropriação dos direitos sociais, a desestruturação das políticas sociais e os movimentos sociais, entre eles o da reforma sanitária e psiquiátrica, que sofre, como alega Passos e Moreira (2018), influências conjunturais oriundas da dinâmica do capital nessa sociedade de luta de classes em tempos de criminalização dos movimentos. por conseguinte, o recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo possibilitou a intensificação do neoconservadorismo nas políticas sociais, principalmente na política de saúde mental, com o retorno dos hospitais psiquiátricos e a inserção de instituições privadas – as comunidades terapêuticas nos serviços de saúde.

### **3.1.3 Inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS: contribuição ao ideário neoliberal**

A inserção das Comunidades Terapêuticas nos serviços de saúde contribui com a lógica neoliberal de minimizar as ações do Estado para a classe trabalhadora e maximizar sua função para o capital, uma vez que o desresponsabiliza na execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao capital privado, ocasionando efeitos em todos os setores da vida social dos sujeitos com problemas relacionados às substâncias psicoativas.

As medidas neoliberais têm sido incorporadas às políticas sobre drogas e a execução dessas tem sido transferida à sociedade civil, especialmente ao terceiro setor. São implementadas ações públicas na lógica do mercado, através de um *mix* público e privado, o

qual fomenta a cidadania do consumidor e obsta a participação social, sob a égide do controle social, arduamente conquistada na Constituição de 1988, como afirmam Aragão e Rosa (2019).

No neoliberalismo, crescem as dimensões assistenciais das políticas sociais e a própria assistência social como política pública; mas, nunca podemos esquecer da natureza contraditória e do atendimento às necessidades concretas da classe trabalhadora que estão presentes nas políticas sociais, inclusive naquelas direcionadas às drogas, razão de sua presença necessária nas pautas trabalhistas, disputando o fundo público no contexto da luta de classes (BEHRING, 2018).

A transferência de responsabilidade para as organizações não governamentais (ONGs) possui um papel ambíguo no processo de gestão social, pois, ao mesmo tempo em que essas ONGs são financiadas com recursos públicos, adotam critérios particulares de atendimento, no qual as seleções para os beneficiários dessa assistência são determinadas por cada entidade, estabelecendo procedimentos excludentes, que ferem os princípios do serviço público (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Nesse contexto, as Comunidades Terapêuticas que surgiram em nosso país nos anos 1970 ganharam visibilidade e cresceram em números exponenciais. São consideradas instituições híbridas – *mix* entre instituição de assistência e de saúde, o que, no geral, redundou em participação orçamentária em várias pastas ministeriais e secretarias de diferentes instâncias a nível municipal, estadual e federal, conforme afirmam Aragão e Rosa (2019).

Assim, a contrarreforma da PNSM, materializada na *Resolução 32*, destaca em seu artigo 11 a inclusão das comunidades terapêuticas nos serviços da RAPS: “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação às Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017a). Esse trecho legal é retrógrado na medida em que essas instituições já foram denunciadas por várias irregularidades; entre elas, estão a violação aos direitos humanos; a maioria destas comunidades está interligada a grupos religiosos com embasamentos morais e conservadores que se harmonizam com o ideário neoliberal; portanto, esta medida legislativa altera a lógica da Reforma Psiquiátrica, incluindo serviços que não possibilitam a construção da autonomia dos usuários (CFESS, 2017).

Consoante Souza (2018), as forças e os interesses que moveram a institucionalização das Comunidades Terapêuticas no SUS não desapareceram após a definição de normas. Os movimentos seguem construindo caminhos institucionais para além do âmbito do SUS. Ao se aliar com o poder judiciário e com o poder legislativo, a institucionalização das interações

compulsórias e involuntárias cria um atalho institucional que tem força política para definir os rumos dessas instituições.

Conforme Teixeira *et al.* (2017), é de competência do Estado respeitar os direitos dos sujeitos, recusando todas as propostas de violação, como a internação compulsória e a restrição da liberdade enquanto método de tratamento. As Comunidades Terapêuticas, apesar de fazerem parte da RAPS, não compartilham dos mesmos critérios éticos e técnicos, visto que há a ausência da noção de território com o conceito de saúde ampliada; nem com critérios de acolhimento pautados na lógica da Redução de Danos, a qual está articulada com os pressupostos dos direitos humanos.

Essas instituições têm o potencial latente de serem estabelecimentos que, apesar de regulados por normas do SUS, funcionam como o correlato institucional de medidas autoritárias (como mencionado anteriormente) que têm o poder legal de desconsiderar as normas que as regulamentam (SOUZA, 2018).

Essas medidas autoritárias no âmbito das ações para tratamento aos sujeitos com problemas relacionados a um determinado padrão de consumo de substâncias psicoativas fazem parte da dinâmica que envolve as políticas sobre drogas no Brasil, uma vez que a lógica prevalente é o proibicionismo (guerra às drogas), como veremos a seguir.

### 3.2 A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

É na complexa e contraditória relação entre o Estado/Sociedade e o mercado que se situam o consumo, a comercialização e um vasto elenco de regulamentações que cingem as legislações e as políticas públicas sobre as substâncias psicoativas, como afirma Carvalho *et al.* (2008).

Os anos de 1980 trazem contradições entre mudança e continuidade para a agenda de políticas públicas sobre drogas. A Convenção de Viena<sup>27</sup>, finalizada em 1988, e a Constituição Brasileira, do mesmo ano, apresentam textos que mesclam a retórica sanitaria com mecanismos do proibicionismo (BERNARDES, 2017).

---

<sup>27</sup> É uma Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Em 1988, os estados-membros decidiram fortalecer as ações para combater o tráfico de drogas e se reuniram em Viena para formular o que se tornou o terceiro pilar do sistema internacional de controle de drogas universalmente aprovado. A referida Convenção tem o objetivo de promover a cooperação entre os Estados para tratar de forma mais eficaz o tráfico de drogas, acabar com os lucros de organizações criminosas através da produção de drogas ilícitas e do tráfico e fornecer novas ferramentas aos Governos. Informações adquiridas em: <https://nacoesunidas.org/convencao-da-onu-contra-traffic-de-entorpecentes-e-substancias-psicotropicas-faz-25-anos/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

O debate crítico sobre a regulação das substâncias psicoativas é também alimentado pelos anseios de democratização da sociedade e do Estado brasileiro na década de 1980, principalmente pelo esgotamento da modernização conservadora dos governos militares.

Conforme Brites (2013), nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000, o debate crítico sobre a política de drogas no Brasil ganha certa visibilidade e passa a interferir timidamente na formulação das políticas de saúde e segurança. Contudo, essa herança progressista encontra um contexto bastante adverso para seu aprofundamento e consolidação no âmbito das substâncias psicoativas, pois se depara com a implementação do receituário neoliberal em nosso país com a contrarreforma do Estado e a drástica redução de investimentos nas políticas sociais, como frutos desse novo ideário.

Nesse contexto, instaura-se uma tensão entre o reconhecido fracasso do proibicionismo para reduzir a oferta e procura pelas drogas tornadas ilícitas; os anseios de concretização da democracia (burguesa) inscrita na CF/88 e a necessidade de manutenção do exercício ideológico decadente do proibicionismo, como um dos mecanismos para conter os conflitos sociais em face do agravamento das expressões da questão social, desencadeada pela crise estrutural do capitalismo (BRITES, 2017).

A realidade brasileira no começo dos anos 2000, mesmo com a implantação do ideário neoliberal no Brasil, mostrava-se mais favorável à classe trabalhadora, uma vez que chegava ao poder Luiz Inácio Lula da Silva (Lula)<sup>28</sup> pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Representou o desaguadouro das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização e que formavam os movimentos sociais populares.

De acordo com Vasconcelos (2016), ao assumir o poder em 2002, Lula conseguiu alguns avanços. Promoveu crescimento econômico por meio de um aumento de renda e do consumo das camadas mais pauperizadas da população, com uma relativa reversão da desigualdade e da miséria social mais aguda; diminuição do desemprego; e uma ampliação normativa e efetiva de algumas políticas sociais, pelo menos até final da década de 2010. Entretanto, cedeu ao modo conservador de fazer política, com amplas coalizões indiferenciadas, sem questionar os métodos escusos e convencionais de trocar apoio político por acesso a recursos oriundos da corrupção no setor público e de financiamento de campanhas, aliando política e economia com o grande capital.

---

<sup>28</sup> Considerado por muitos como um governo social-liberal. Castelo (2013) destaca que nessa vertente social-liberal, o Estado não deixa de ter uma participação ativa no modo de produção capitalista, ocorre uma modificação nas suas funções, ou melhor, a refuncionalização dos mecanismos ampliados de manutenção e legitimação do bloco histórico vigente, seja pelo consenso, seja pela coerção, conservando a sua natureza classista (CASTELO, 2013).

Para Brochardt (2018), ao conduzir-se por essa política, o PT enfraqueceu os instrumentos de classe, instituídos nas décadas de 1970 e 1980, vinculados ao processo de organização da classe trabalhadora e ao campo democrático-popular; entre outras ações que direta ou indiretamente contribuíram para o fortalecimento da direita e de ideologias conservadoras, sejam estas mais ligadas à radicalização do neoliberalismo e/ou ao conservadorismo.

No contexto de ações, houve a “cooptação” dos movimentos sociais, todavia, foi possível conseguir alguns avanços, particularmente no campo legal, na diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial, como por exemplo, o avanço da rede substitutiva, principalmente o aumento no quantitativo dos CAPS no território nacional<sup>29</sup>.

Em 2003, é instituída a Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (PAIUAD), no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula). Conforme a política, o planejamento de programas deve contemplar muitas parcelas da população, de modo que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários, ações da política de redução de danos (BRASIL, 2003). A política apresenta alguns avanços, quando afirma que:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. [...] Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (BRASIL, 2003, p. 10).

Apesar da PAIUAD trazer a discussão da redução de danos, essa política só é regulamentada dois anos depois, mediante a Portaria nº 1.028/2005 do Ministério da Saúde. Ressalta-se que essa discussão para a redução de danos é a mais aproximada dos pressupostos dos direitos humanos.

Segundo Rosa (2014), as estratégias que fundamentam as políticas de redução de danos têm como desígnio a preservação da vida, porque se caracterizam pela tolerância, visto que evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados às substâncias psicoativas, assim como intervenções autoritárias e preconceituosas.

---

<sup>29</sup> Para mais aprofundamento sobre o avanço dos CAPS, ver a tese de doutorado de Tereza Costa (2016).

O uso problemático de substâncias psicoativas surge em contextos pessoais que precisam ser compreendidos e acompanhados em sua particularidade, por equipes multidisciplinares e de base comunitária. A garantia de direitos envolve uma rede ampla de acesso à educação, à saúde, ao emprego, à moradia e aos demais direitos fundamentais à vida (CINCO, 2013).

O Ministério da Saúde afirma que, diante da criação da PAIUAD, tem o compromisso de criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas assumindo o que lhe cabe diante do tratamento (BRASIL, 2003, p. 11).

Assim, a PAIUAD deve contemplar obrigatoriamente as práticas de tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos na área (BRASIL, 2003).

Apesar de apresentar avanços em alguns aspectos, na política, fica explícito também um conservadorismo nas entrelinhas, uma vez que afirma como estratégia a “redução da oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado através de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor” (BRASIL, 2003, p. 9). Esse pensamento acaba reforçando a ideologia proibicionista (guerra às drogas) presente em nosso país, ao invés de se privilegiar o campo da saúde. Existe uma perspectiva para enfrentamento muito mais voltada aos aspectos repressivos. Brites (2006) assevera que

A repressão não é apenas um entrave para implementação de medidas de saúde pública, mas uma resposta social que contraria pressupostos e princípios éticos, pois considera o usuário um criminoso. Além disso, é preciso resgatar que o processo histórico de criminalização de algumas drogas respondeu a interesses econômicos e políticos e foi um fator determinante para a consolidação de um mercado ilegal e para o aumento da violência e da criminalidade em torno do uso de algumas drogas (BRITES 2006, p. 126).

Nesse sentido, a perspectiva de ilegalidade de algumas substâncias e o modelo repressivo existente em nosso país, como destaca CFESS (2011), são funcionais ao controle das práticas e comportamentos de parte da sociedade que historicamente sofre discriminação e é atraída cotidianamente para a marginalidade. E isso devido a diversos elementos, entre eles:

a fragilidade da democracia em nosso país, a ampliação da desigualdade e o caráter conservador existente na atuação do Estado para o consumo e outras práticas relacionadas às substâncias psicoativas que confrontam a moralidade dominante.

Desde a primeira Lei de 1921 até a atual Lei 11.343/2006, a regulação social sobre o consumo de substâncias psicoativas no Brasil é marcada pela hegemonia do proibicionismo. Observa-se nesse processo que as mudanças operadas na legislação foram sempre na direção de aprimoramento do controle e da repressão, com a incorporação de terminologias mais afinadas com as recomendações de agências internacionais, a exemplo da Organização das Nações Unidas - ONU e a Organização Mundial da Saúde - OMS (BRITES, 2017).

Para Bernardes (2017), são mais de dez anos de existência de uma legislação que traz diferentes perspectivas e composições entre as visões: securitizadora-policialesca (proibicionista) e progressista humanizada. A Lei nº 11.343/2006 cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Os princípios desse sistema consistem em:

Respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade; [...] a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade [...] o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito; a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário, visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad; a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades [...], entre outros aspectos (BRASIL, 2006, p. 2).

O SISNAD traz a discussão dos termos “intersectorialidade, integração, articulação e outros”; no entanto, não há uma ação em conjunto com o âmbito da saúde de modo geral e o predominante nas ações relacionadas às substâncias psicoativas é o discurso do proibicionismo, isto é, guerra às drogas.

Conforme Fiore (2012), o tratamento compelido aos sujeitos com determinados problemas com uso de drogas configura hoje como uma espécie de “modernização” da premissa proibicionista e influenciou, no Brasil, importantes mudanças na atualização da legislação sobre o tema.

Essa lei também reflete certos ideais da ofensiva neoliberal, pois estabelece em seu Art. 19 que as atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar:

O reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual

pertence; o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas; o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias [...] (BRASIL, 2006, p. 3-4).

Há uma culpabilização/responsabilização do sujeito (típica do capitalismo) voltado para a questão biopsíquica que não considera o contexto de totalidade social que envolve essa temática. Por conseguinte, as parcerias público-privadas crescem demasiadamente nas políticas sociais, legitimando a negligência do Estado diante das demandas da sociedade e a transferência de responsabilidade para o terceiro setor.

A lei supracitada trouxe avanços formais no reconhecimento de direitos de usuários e na estratégia de Redução de Danos. Entretanto, apesar de prever a despenalização do usuário, aumentou a pena mínima do delito de tráfico, o que é apontado como uma das principais causas do superencarceramento brasileiro (BARCELLOS, 2018).

Há uma ambiguidade no âmbito das substâncias psicoativas em relação às respostas dadas para as problemáticas desse campo, uma vez que, como destaca Brites (2006, p. 123), “[...] a sociabilidade burguesa coloca, ao mesmo tempo, a possibilidade do reconhecimento de direitos, e em muitos casos sua efetivação, e a manutenção de formas de controle e de punição que são antagônicas àquela afirmação”. Isso é perceptível a partir de 2008, quando as drogas, especialmente o Crack, ganham repercussão por parte do governo e do poder midiático, os quais afirmam ter uma epidemia dessa droga.

Para Vasconcelos (2016), no cenário de 2010, a difusão do Crack e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campo das drogas, geraram uma onda de busca por respostas imediatas que corresponderam a práticas manicomialis de internação forçada ou de internações em comunidades terapêuticas de cunho filantrópico, religioso ou mesmo lucrativo, que são contrárias aos ideais antimanicomialis defendidos pela Reforma Psiquiátrica.

Entre as discussões e propostas dos candidatos à presidência da república, em 2010, estava a temática das substâncias psicoativas, que, em torno da divulgação midiática, ganha uma visibilidade de calamidade do uso abusivo, principalmente do Crack, na sociedade. Diante desse contexto, em 2011, já no primeiro governo de Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde, através da Portaria 3.088/2011, cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para ampliar e articular os serviços de atenção à saúde mental, acrescentando as discussões de

álcool e outras drogas nessa rede (como já mencionamos anteriormente). No art. 2º da referida portaria, são especificadas as diretrizes para o funcionamento da RAPS, sendo elas:

O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas [...] entre outras diretrizes (BRASIL, 2011, s.p).

Essas diretrizes, embora predominem nas normativas, não apresentam uma tendência linear progressista rumo à estratégia integral do modelo da Redução de Danos que respeita as particularidades e os contextos dos sujeitos. Para Teixeira *et al.* (2017), há alternância na ênfase da segurança pública e justiça, que reafirmam o paradigma da “guerra às drogas” e da abordagem as drogas como problema de saúde pública.

Para Boiteux (2019), com a função declarada de “proteger a saúde pública”, a proibição ganhou espaço, mesmo sem ter condições de gerar qualquer efeito positivo. Tal modelo repressivo de controle foi adotado acriticamente, sem debate racional ou democrático e sem embasamento em evidências científicas. Logo, foi uma decisão política que levou à eliminação de algumas substâncias que se tornaram ilícitas mediante a criação de uma norma proibitiva e penas severas.

Em meio à “epidemia” das drogas, o governo de Dilma toma medidas para solucionar a problemática do momento. Em 2011, a partir de encontros entre o Brasil e outros países com trocas de experiências e outros compartilhamentos, foi estabelecida a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) no âmbito do Ministério da Justiça. Os objetivos estão pautados, entre outros, em informar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências; educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade; implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento, entre outros aspectos (BRASIL, 2011).

É compreensível desde os objetivos da PNAD que há um anseio para formação de uma rede de assistência integrada, sendo que unirá o setor público com o terceiro setor. Existe uma desresponsabilização do Estado e conseqüente responsabilização da sociedade civil. Essa perspectiva reflete o enfraquecimento das próprias estratégias públicas e da função do Estado nessa conjuntura que passa a ser, quando necessário, mero financiador/investidor dos serviços (COSTA, RONZANI, COLUGNATI, 2017).

Nas diretrizes, a PNAD traz em sua primeira declaração, o seguinte:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional [...] comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos [...] com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011, p. 20).

Desse modo, o texto enfatiza a participação tanto das comunidades terapêuticas (denunciadas por diversos órgãos como violadora dos direitos humanos) como dos hospitais psiquiátricos na suposta rede de atenção às pessoas com uso abusivo/dependência das substâncias psicoativas que contraria a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nos casos em que não é possível prender os usuários com determinados problemas no uso de substâncias psicoativas, ao Estado resta a alternativa de terceirizar a responsabilidade sobre eles, internando-os em instituições que, a despeito de suas particularidades, culpabilizam e submetem os internos a uma reforma moral-religiosa para reinserção na comunidade (BRANDÃO; CARACHO, 2019).

Para Tófoli (2015), é notório que as respostas ditas oficiais nas políticas de drogas configuram um campo em plena disputa. Mesmo com a manutenção de um grupo político supostamente associado à defesa da RD, ao fortalecimento do SUS e aos direitos humanos, essa defesa não tem força suficiente para vencer a matriz de pensamento conservador que se afina à ética da “guerra às drogas”, visto que se encontra incrustada no ideário de uma nação que é cotidianamente bombardeada com episódios de violência e torna a discussão sobre o que é política oficial e o que é o campo da execução pragmática dessas políticas um terreno decaído de contradições. Conforme o autor, mais grave do que isso, a defesa firme dos direitos humanos também é minada por essas contradições.

No contexto de ofensiva neoliberal ortodoxa, transformação da função do Estado e da configuração das políticas sociais, a convivência entre o proibicionismo e a perspectiva da

saúde coletiva no âmbito das políticas de drogas vêm sendo marcadas por nítidos retrocessos e violação de direitos humanos (BRITES, 2017).

Conforme Vasconcelos (2016), a partir das eleições de 2014, a tendência hegemônica tem sido na direção de fortalecer ou dar mera alternância para forças políticas ainda mais conservadoras, ligadas tanto ao agronegócio, à indústria armamentista e aos setores militares e policiais como aos setores mais conservadores das igrejas cristãs, que reproduzem ou aprofundam o mesmo padrão de fazer política; iniciativas autoritárias e medidas de ajuste fiscal ainda mais restritas, visto que estimulam a recessão e sacrificam seletivamente a classe trabalhadora.

No contexto do capitalismo imperialista neoliberal, forja-se uma textura social na qual as escolhas dos indivíduos sociais são, como tendência dominante, orientadas por aspectos alienadores, individualistas e consumistas, que se sustentam pelo conteúdo histórico de relações sociais marcadas tanto pela insegurança, a desigualdade extremada, o medo, a violência como pelas necessidades de sobrevivência e a descrença nos projetos coletivos, nos valores universais, na política, no Estado e na ética. É exatamente nessa textura social que o consumo de drogas assume contornos dramáticos (BRITES, 2013).

Assim, a política de guerra (o proibicionismo) às drogas cumpre um papel ideológico na nossa sociedade, servindo de razão para o massacre dos jovens, negros e pobres. Há uma contínua repressão que gera o medo permanente no cotidiano da classe trabalhadora, como será abordado a seguir.

### 3.3 A IDEOLOGIA DO PROIBICIONISMO E REAÇÃO CONSERVADORA: UMA INTERPRETAÇÃO ONTOLÓGICA NO ÂMBITO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

A discussão sobre a ideologia perpassa por muitos aspectos, de acordo com Lukács (2013), a perspectiva ideológica diz respeito a uma condução teórica ou prática de enfrentamento dos conflitos sociais, independentemente de sua amplitude, determinantes dos destinos do mundo ou episódicos. O autor assevera que:

A questão principal é, por conseguinte, que o surgimento de tais ideologias pressupõe estruturas sociais, nas quais distintos grupos e interesses antagônicos atuam e almejam impor esses interesses à sociedade como um todo como seu interesse geral. Em síntese: o surgimento e a disseminação de

ideologias se manifestam como a marca registrada geral das sociedades de classes (LUKÁCS, 2013, p. 340).

Nesse sentido, a ideologia pode ser difundida a partir de um pensamento singular, individual ou de um determinado grupo que a expande independente de ser verdadeira ou falsa, mas depende primordialmente de que um determinado estrato social vislumbre nela o meio apropriado para enfrentar e resolver seus conflitos sociais; logo, a sua existência social não depende do caráter moral dos motivos da sua concretude (LUKÁCS, 2013).

Vivemos diante de um sistema capitalista com uma classe burguesa que difundiu/difunde determinadas ideologias, a fim de continuar com seu poder. Em *A Ideologia Alemã*, Marx e Engels (2009) destacam que:

[...] As ideias dominantes não são mais do que a expressão ideal [ideell] das relações materiais dominantes, as relações materiais dominantes concebidas como ideias; portanto, das relações que precisamente tornam dominante uma classe, portanto as ideias do seu domínio. Os indivíduos que constituem a classe dominante também têm, entre outras coisas, consciência, e daí que pensem; na medida, portanto, em que dominam como classe e determinam todo o conteúdo de uma época histórica [...] (MARX; ENGELS, 2009, p. 61).

Sendo assim, a ideologia tem uma função social de realizar uma constituição de imagem de mundo e de interesses que possam ser incorporados universalmente e como verdadeiros, os quais direcionam o pensamento e o comportamento dos sujeitos (BRITES, 2017).

Como exemplo de ideologia, existe o proibicionismo às drogas que tem suas raízes na fase de constituição de um mercado mundial no capitalismo monopolista, finais do século XIX. Elabora o que seria a direção hegemônica no trato internacional sobre alguns psicoativos durante o próximo século (XX) até a nossa atualidade, como destaca Brites (2017).

As drogas foram muito utilizadas através dos séculos, mas, com o passar do tempo e com o afloramento dos interesses políticos e econômicos em torno das mesmas, passam a ser instituídas medidas que irão controlar e regular o seu uso. Para Carneiro (2018), a história das drogas é composta pelas regulações da construção de seus regimes de circulação e das consequentes representações culturais e políticas de repressão, incitação ou tolerância.

Desse modo, no início do século XX, ocorrem mudanças em relação ao uso e à comercialização dessas, mediante o fenômeno do proibicionismo. Os Estados Unidos da

América foram pioneiros nesse processo, com a proibição do comércio do álcool, através da Lei Seca, no período de 1920 a 1933 (RODRIGUES, 2006).

Para entendermos o atual contexto do combate e proibição às drogas ilícitas, segundo Queiroz (2008), faz-se necessário compreendermos o processo de proibição das drogas nos Estados Unidos da América, visto que o país apresenta um estereótipo moral, que se revela tanto no distanciamento das drogas permitidas e proibidas como nas pessoas que as consomem ou não. O exemplo claro desse posicionamento foi a criação do estereótipo médico, em 1914. Nesse momento, surge pela primeira vez uma distinção entre aqueles que consomem essas substâncias (usuários) e os que a utilizam para outros fins lucrativos (traficantes), com a aprovação da lei Harrison Narcotic Act<sup>30</sup>. Com essa medida,

[...] Houve diversas campanhas de caráter estigmatizante, desvalorizativo que associavam determinados comportamentos ao uso de determinadas substâncias que agora eram consideradas ilícitas. Longe da discussão dos reais propósitos medicinais e sociais pertinentes ao uso destas substâncias psicoativas, o que se tinha era um revestimento da máscara ideológica e moralizante em relação ao uso das mesmas. Isso serviu para ajudar determinados movimentos políticos internos à sociedade estadunidense, que selecionavam, associando e estereotipando classes consideradas perigosas a elite branca e protestante dos Estados Unidos, com o consumo de determinadas drogas (QUEIROZ, 2008, p. 36-37).

Nos EUA, o uso das substâncias psicoativas foi cada vez mais relacionado à “vagabundagem” e à mendicância. Desde o início das políticas de proibição das drogas no país, já estavam presentes os estereótipos morais e médicos, estes associavam o consumo dessas substâncias a determinada classe social; isto é, àquela que fosse pobre e principalmente negra, considerada perigosa para a elite branca. Esse argumento tem como pano de fundo o controle político e social de determinados segmentos na sociedade.

A forma radical e absolutista do proibicionismo nos EUA permitiu um enfoque policial e judicial estrito, de acordo com Carneiro (2018). Essas medidas influenciaram as legislações de outros países, como é o caso do Brasil. Conforme Souza e Kantorski (2007), a questão do tratamento das substâncias psicoativas em nosso país é considerada como “caso de polícia”. Há uma inversão de abordagens nesse tratamento, ao invés de se privilegiar o campo

---

<sup>30</sup> Foi uma legislação federal dos EUA promulgada para impor impostos sobre a venda, distribuição, fabricação, importação e distribuição de folhas de cacau, ópio e qualquer forma de produtos oriundos de ambos. No entanto, a lei não proibia o uso ou a posse de cacau ou ópio, geralmente usado como heroína ou cocaína, apenas proibia que se lucrassem sem pagar, uma parte do imposto do Governo. Proposta pelo representante Francis Burton Harrison, de Nova York, foi aprovada em 14 de dezembro de 1914. A lei entrou em vigor em 1915. Disponível em: <https://definitions.uslegal.com/h/harrison-narcotics-tax-act/>. Acesso em: 08 ago. 2018.

da saúde, existe uma perspectiva para enfrentamento muito mais voltada para os aspectos repressivos. Não é de se estranhar que a população prisional cresceu em média 7,14% ao ano; passando de 232 mil, em 2000, para 726 mil pessoas privadas de liberdade em 2017, segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN (BRASIL, 2017b).

Segundo ainda o mesmo levantamento, a maior parte dos presos é composta por jovens, pretos, pardos e com baixa escolaridade. Em relação à faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil, é possível inferir que a maior parte é composta por jovens. Entre estes, 29,9% possuem entre 18 a 24 anos, seguido de 24,1% entre 25 a 29 anos e 19,4% entre 35 a 45 anos. Somados o total de presos até 29 anos de idade totalizam 54% da população carcerária.

A partir dos dados do INFOPEN, podemos considerar que as drogas estão entre as principais causas de prisões em nosso país. Essas prisões correspondem a um recorte de determinados segmentos sociais que estão à margem da sociedade. As políticas sobre drogas no país são direcionadas para atender o encarceramento e/ou extermínio daqueles sujeitos considerados “contraproducentes” no modo de produção capitalista.

Para Brites (2017), esse quadro apresentado pelo INFOPEN corresponde aos efeitos diretos do proibicionismo, da militarização de combate às substâncias psicoativas ilícitas, dos abusos e distorções existentes em nosso sistema de justiça brasileiro.

Com o advento do proibicionismo e da separação das drogas em categorias lícitas e ilícitas, agregou-se um enorme valor às substâncias psicoativas cujo mercado clandestino permitiu formas de hiperacumulação de capital por meio de isenção fiscal, margem de lucro gigantesca e regime de monopólio, com o uso da violência sobre a força de trabalho produtora, o sistema comercial e o mercado consumidor (CARNEIRO, 2018).

A ideologia proibicionista leva ao ocultamento das reais determinações que advêm sobre a relação dos indivíduos com as substâncias psicoativas. Estas, tornadas mercadorias, são submetidas à lógica da produção capitalista, mediadas pelo consumo e pelo sistema de necessidades correspondentes a essa lógica de mercado (BRITES, 2017). A autora acrescenta que:

A análise lukacsiana demonstra com lucidez como as contradições entre a forma aparente afirmada pela ideologia burguesa decadente e a essência das necessidades sociais que determinam sua função social não impedem que as respostas dominantes sejam rebaixadas por preconceitos científicos, pelo ecletismo e pelo irracionalismo (BRITES, 2017, p. 109).

Desse modo, acontece nos dias hodiernos uma exacerbação das formas de consumo fetichizado das mercadorias, em particular das drogas. Destas, as mais nocivas são o álcool e o tabaco, livremente comercializados. Não se pode isentar as drogas dos usos destrutivos e patológicos que delas se fazem, mas, sim, abstrair o tipo de consumo de uso recreacional, psiconáutico ou hedonista que elas permitem (CARNEIRO, 2018).

O proibicionismo fracassa se considerarmos suas promessas de redução da oferta e da procura pelos psicoativos ilícitos; ao passo que ele revela seu vigor e eficácia se tivermos em vista seus objetivos de controle, opressão e extermínio dos segmentos sociais tornados indesejáveis à ordem social vigente (BRITES, 2017). Logo,

A repressão não é apenas um entrave para a implementação de medidas de saúde pública, mas uma resposta social que contraria pressupostos e princípios éticos, pois considera o usuário um criminoso. Além disso, é preciso resgatar que o processo histórico de criminalização de algumas drogas respondeu a interesses econômicos e políticos e foi um fator determinante para a consolidação de um mercado ilegal e para o aumento da violência e da criminalidade em torno do uso de algumas drogas (BRITES, 2006, p. 126).

São essas respostas que estão no enfoque dado à compreensão da dependência química, a partir de uma moralização que contribuiu para formatar uma política com ênfase criminal, a qual desconsidera todos os determinantes estruturais que estão em torno da problemática das drogas.

Para Carneiro (2002), a proibição mundial das drogas<sup>31</sup> foi uma das invenções imperialistas que mais permitiu especulações financeiras e policiamento repressivo das populações na contemporaneidade. Submetidos às condições precárias e sem terem possibilidade de ingressarem no mercado de trabalho, os trabalhadores ficam vulneráveis diante dos ideais neoliberais de culpabilização dos sujeitos e de responsabilizá-los por sua condição social.

Concordamos com Brites (2017, p. 115), quando destaca que “[...] numa sociedade de classes, cuja processualidade histórica é amalgamada pela luta entre interesses antagônicos, o real significado e o alcance do fracasso ou do sucesso do proibicionismo só podem ser medidos pela perspectiva de classe”.

---

<sup>31</sup> Para um estudo mais aprofundado sobre o proibicionismo a nível mundial, ver Carneiro (2018).

Para Iamamoto (2001), a lógica do ideário neoliberal é pragmática e produtivista, construindo os aspectos da individualidade, competitividade, eficiência, entre outros, como critérios de referência para analisar a vida em sociedade. Desse modo,

Forja-se assim uma mentalidade utilitarista que reforça o individualismo, segundo a qual cada um é chamado a ‘se virar’ no mercado. Ao lado da naturalização da sociedade – ‘é assim mesmo, não há como mudar’ – atiram-se os apelos morais à solidariedade, na contraface da crescente degradação das condições de vida das grandes majorias. Esse cenário de nítido teor conservador atinge as formas culturais, a subjetividade, a sociabilidade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias. Estimula um clima de incertezas e desesperanças. A debilitação das redes de sociabilidade e sua subordinação às leis mercantis estimula atitudes e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um ‘é livre’ para assumir os riscos, as opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade de desiguais (IAMAMOTO, 2001, p. 30).

O ideário neoliberal tem provocado mudanças que ocasionam a perda de direitos e conquistas sociais históricas, ao mesmo tempo em que se edifica o mercado como eixo regulador da vida social. Esse proporciona uma ideologia de cunho moralizante em toda a sociedade, como a questão da culpabilização dos indivíduos por suas condições de vida, como sinaliza Iamamoto (2001).

Diante da lógica proibicionista elaborada pela classe dominante entre nós, costuma-se considerar que o sistema legal e repressivo dos países de capitalismo central é mais eficiente e que, portanto, o consumo de psicoativos no Brasil seria superior e mais dramático do que a realidade de consumo naqueles países. Contudo, os levantamentos brasileiros indicam taxas de prevalência de consumo de psicoativos (a exemplo da maconha, cocaína e crack) duas ou quatro vezes inferiores às encontradas nos Estados Unidos, o país responsável pela condução ideológica do proibicionismo no cenário internacional (BRITES, 2017).

Precisamos e devemos refletir sobre como estão sendo conduzidos os direcionamentos para as substâncias psicoativas, destacando a participação da mídia sensacionalista nesse processo que reforça ainda mais a legitimidade das ações autoritárias que violam os direitos dos indivíduos por parte do Estado, em nome de apelos humanitários camuflados de interesses econômicos e políticos particulares (BRITES, 2017).

No atual contexto do capital e de suas facetas, a decadência ideológica do proibicionismo tem contribuído com a legitimação da perspectiva moralista, criminalização, irracionalismo, entre outras manifestações relacionadas às substâncias psicoativas.

A compreensão ontológica da ideologia proibicionista nos permite afirmar que ela é funcional ao capitalismo, uma vez que contribui para a lógica de exclusão existente nesse modo de produção, assim como para atuar em determinados segmentos sociais com o extermínio e encarceramento demasiado daqueles que estão à margem da sociedade; e não resolveu a “promessa” de suprimir a oferta/procura dos psicoativos, visto que, como muitos estudiosos da área afirmam, essa busca faz parte das necessidades humanas.

A abordagem proibicionista utilizada no âmbito das substâncias psicoativas tem contribuído para limitar outras ações nesse campo, como por exemplo, aquelas direcionadas à política de saúde que deveria ser a basilar. Por conseguinte, cria elementos constitutivos para o tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas, na perspectiva da tendência à (re)manicomialização, a qual corresponde à lógica conservadora presente nas políticas sociais brasileiras, especialmente as direcionadas ao âmbito da saúde mental e das drogas.

## **CAPÍTULO 4 – TENDÊNCIA CONTEMPORÂNEA PARA O TRATAMENTO DOS SUJEITOS COM PROBLEMAS DECORRENTES DE UM DETERMINADO PADRÃO DE RELAÇÃO COM AS DROGAS: (RE)MANICOMIALIZAÇÃO**

A visibilidade no debate crítico sobre as substâncias psicoativas acontece em meados dos anos de 1990, todavia, encontra um contexto extremamente adverso para seu aprofundamento e consolidação, visto que nesse contexto foram implementadas as medidas de austeridade do receituário neoliberal, como destaca Brites (2017).

Na atual política de controle das drogas, o discurso médico de proteção à saúde ocupa papel de destaque. Apesar dessa retórica, interesses econômicos moldam tal política em diversos aspectos. Por exemplo, nota-se que, de maneira contraditória, drogas proibidas, de consumo semiclandestino, coexistem com substâncias “terapêuticas” legais fabricadas pelas grandes indústrias multinacionais (BOITEUX, 2015). Desse modo, a distinção entre o proibido e o legalizado é feita através de critérios político-legislativos influenciada especialmente por interesses econômicos, e não com ênfase na assistência à saúde.

Assim como a Saúde Coletiva, a abordagem de Redução de Danos também é constrangida pelo proibicionismo que mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologias de segurança; de enevoar a crescente medicalização da vida, sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre determinados segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia (LIMA; TAVARES, 2012).

Para Renato Cinco (2013), a política de repressão atinente às substâncias psicoativas no país naturaliza uma prática autoritária, repressiva e assassina, dentro do que denominamos de democracia. A lógica proibicionista (guerra às drogas) vem legitimando a cassação dos direitos da maioria da classe trabalhadora (leiam-se pobres, negros e jovens).

Para Dias (1996), a democracia burguesa assume, necessariamente, a forma do universal, na qual todos são iguais perante a lei. Essa igualdade abstrata de todos os sujeitos perante a lei impede que, no plano do direito, as desigualdades sociais se expressem como tais. Ao eliminá-las, aparentemente, torna-se possível apresentar tudo e todos submetidos às mesmas regras, logo, criou-se o mito da democracia para todos.

O Estado de algum modo tem que considerar o conjunto das reivindicações dos dominados, ainda que para as negar ou enquadrá-las à sua ordem. Essa composição de forças se traduz na chamada cidadania (DIAS, 1996).

A cidadania é constituída a partir de uma neutralidade fictícia, a qual permite pensar “o trabalhador, por um lado como cidadão e, por outro lado, como assalariado, da mesma forma se pensa o burguês como cidadão e proprietário” (*Id. Ibid.*, p. 132). As classes antagônicas desse modo de sociabilidade são reduzidas à categoria de cidadão, cujas diferenças “desaparecem”.

Nessa perspectiva, a cidadania é uma forma específica de convivência contraditória das classes. Conforme Cavalcante (2005), é um processo histórico de lutas e conquistas por direitos, em uma correlação de forças, cuja burguesia tem que exercer o papel coercitivo e consensual sobre o conjunto da sociedade, designando a obtenção da hegemonia sobre o conjunto da sociedade.

Para Demier (2017), vivencia-se uma democracia blindada, a qual se dirige para uma simples eliminação até mesmo da mera igualdade formal, jurídica e ficcional; para uma superação abstrata da abstração, reacionária, à medida que a maior parte da população continuará não só sem sua cidadania concreta, sem o gozo efetivo dos direitos, mas até mesmo sem as formas ideológicas dessa cidadania.

Com a eliminação dessa mera igualdade formal, colocam-se determinados segmentos da classe trabalhadora na linha de frente do encarceramento e extermínio proporcionado pela guerra às drogas. Para Boiteux (2019), não há como analisar a política de drogas e seu impacto no encarceramento sem considerar a questão racial. Apesar de existir o mito da democracia racial e da cordialidade brasileira, o racismo estrutural no Brasil formata o controle social e as políticas de repressão, especialmente na política criminal de drogas, com reflexos no hiperencarceramento de pessoas negras. Logo,

Nota-se a continuidade entre o navio negreiro, a senzala, as favelas e as celas da prisão como espaços destinados aos negros na perspectiva do controle social em uma sociedade racista, de passado escravocrata, que lhes nega direitos. O fato do Brasil e os Estados Unidos, de passado escravocrata, estarem entre os três países que mais encarceram no mundo já indica a resposta (BOITEUX, 2019, s. p.).

O que se vê na atuação cotidiana das ações dos policiais é um reforço da seletividade penal, de raça e social. Uma intensificação da criminalização de grupos populacionais específicos, sobretudo jovens negros e pobres.

Ao invés de uma política para a promoção da vida e do bem viver, executa-se uma política que redunde na produção de morte, sofrimentos e ódio, operada por um mecanismo estatal de execuções extrajudiciais que, desde institutos médico-legais, delegacias, fóruns e tribunais, são repercutidos pela mídia e encontram ressonância em uma parte da sociedade (MEDEIROS, 2019).

As ações preventivas e o respeito aos direitos individuais são substituídos pela legitimação de uma política belicista operada por um Estado opressor que se vincula à filosofia da vida, que acabam por ser funcionais às práticas neofascistas, contrapostas a noção de direitos humanos, como assegura Denadai (2018).

Desse modo, sinalizamos como principais elementos constitutivos para a tendência diante de nossas análises: **a)** a abstinência numa perspectiva de individualização do sujeito que tem o fracasso ou sucesso frente a um determinado padrão de uso das drogas; **b)** o encarceramento dos sujeitos através da medida de internação involuntária e composição das comunidades terapêuticas que foram incluídas como serviço de saúde; **c)** a nova forma de financiamento da política sobre drogas no Brasil; e por último, a partir da análise dos elementos supracitados a discussão da tendência à (re)manicomialização.

#### 4.1 A ABSTINÊNCIA: A IDEOLOGIA DO FRACASSO OU SUCESSO INDIVIDUALIZADO NA SOCIEDADE CAPITALISTA NEOLIBERAL

O movimento em torno da defesa da abstinência e o proibicionismo ficaram conhecidos como movimento pela temperança e originou-se no início do século XIX, como destaca Carneiro (2018). Contudo, no final desse século, esse movimento já se transformara na defesa da proibição e da abstinência para toda a sociedade. Para o autor, o movimento nasceu em uma vertente do neo-protestantismo britânico e estadunidense chamado de evangelicalismo.

Isso ocorre porque a crise do capital proporciona também o aumento do fundamentalismo religioso, do misticismo, entre outros aspectos que contribuem para o investimento da direita e sua hegemonia conservadora de se afirmar na sociedade. Busca reacender no imaginário das massas os artifícios com caráter cada vez mais moralista e conservador, antes adormecidos, mas que acordam com todo vapor do ideário neoliberal (DENADAI, 2015).

O momento de intensificação da política de guerra às drogas coincide com o momento de intensificação da racionalidade neoliberal e seus jogos de interesse aparentemente

contraditórios. Os imperativos ofertados pelo capital incidem a agir a qualquer preço. As alternativas para o sucesso empresarial são postas à venda, cabendo a cada sujeito a responsabilidade por essas escolhas. Logo, há uma socialização dos imperativos e individualização dos atos (SOUZA, 2018).

Para Bardi (2018), o modo de produção capitalista transformou, em profundidade, a relação dos seres humanos com as drogas e, conseqüentemente, os destinos sociais dados aos sujeitos usuários de drogas na sociedade. O debate das drogas é compreendido como uma das expressões da questão social, designada e alimentada cotidianamente pelo proibicionismo instaurado como estratégia econômica na sociedade capitalista. O proibicionismo impõe uma nebulosidade ao fenômeno, o que dificulta sua abrangência em uma perspectiva da totalidade, levando à produção de respostas pontuais e focalizadas (BARDI, 2018). Esses retornos são peculiares ao ideário do capital neoliberal para as políticas sociais, especialmente no campo da saúde.

Conforme Barroco (2011), o contexto da ideologia neoliberal, veiculado pela mídia, em seus diversos meios de comunicação, falseia a história, naturaliza a desigualdade, moraliza a “questão social” e incita o apoio da população a práticas neofascistas: o uso da força, a pena de morte, o armamento, os linchamentos e a xenofobia.

Nessa conjuntura, o conservadorismo tem encontrado espaço para se reatualizar, apoiando-se em mitos, motivando atitudes autoritárias, discriminatórias e irracionais; comportamentos e ideias valorizadoras da hierarquia, das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da autoridade (BARROCO, 2011).

O neoconservadorismo busca legitimação pela repressão dos trabalhadores ou pela criminalização dos movimentos sociais, da pobreza e da militarização da vida cotidiana. Essas formas de repressão implicam violência contra o *outro* e todas são mediadas moralmente, em diferentes graus, na medida em que se objetiva a negação do *outro*: quando o *outro* é discriminado lhe é negado o direito de existir como tal ou de existir com as suas diferenças (BARROCO, 2011, p. 209 – grifo da autora).

É a partir da adoção desse discurso e dessas práticas conservadoras, em um cenário de regressão dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora, que o Congresso Nacional brasileiro atua no campo das legislações sobre drogas no Brasil (DENADAI, 2018).

A entrada do Ministério da Saúde na cena que envolve a questão das drogas, a partir dos anos 2000, trouxe, no contexto brasileiro, uma disputa no interior do governo em duas

direções: a redução de danos que é defendida pela Coordenação de Saúde Mental; e a estratégia da abstinência defendida pela Secretaria Nacional sobre Drogas - SENAD. É nesse embate que se criaram expectativas de mudanças, mediante a eleição de Lula cuja posse ocorreu em 2003. A partir de sua eleição, houve a necessidade de incorporação da questão das drogas no âmbito da saúde pública (com o reforço das ações no campo da saúde e da redução de danos) e da construção de um marco legal progressista que rompesse com o modelo repressivo e com a lógica beligerante hegemônica na gestão da segurança pública nacional (DENADAI, 2015).

A primeira política de saúde sobre as drogas ocorreu em 2004, tendo dificuldades na sua implementação até os dias hodiernos, uma vez que existe ainda muita dificuldade para utilizar a estratégia de Redução de Danos nela proposta. A adoção da abstinência, enquanto configuração de “tratamento”, é uma clara confluência entre a saúde e a religiosidade por meio das parcerias com as organizações sociais, a exemplo das comunidades terapêuticas, outros traços da ótica proibicionista presentes nas políticas e nos programas sociais (BARDI, 2018).

As substâncias psicoativas se tornaram um tema de intenso interesse biopolítico, principalmente o crack, sendo superexplorado em campanhas eleitorais, em matérias jornalísticas com forte teor sensacionalista e por iniciativas das organizações antirreforma psiquiátrica, a exemplo da revista *Veja*, a qual trouxe 30 edições sobre o tema crack em 2011 e 2012, como afirma Souza (2018).

As grandes corporações midiáticas desempenham um papel estrutural no ordenamento e manutenção dos regimes de democracias blindadas (como é o caso brasileiro), executam uma função interna e basilar do regime. Tornam-se um dos sujeitos que engendram os mecanismos de dominação vigentes (DEMIER, 2017).

Souza (2018) destaca que o papel da mídia associada ao poder médico psiquiátrico brasileiro tem sido componente central para que a proliferação do medo venha acompanhada da inflação do mercado da clínica das drogas.

Uma das expressões da ideologia conservadora é a reprodução do pânico social (BARROCO, 2011), principalmente no discurso de medo contra o uso de drogas e que foi alimentado a partir de 2009. Desde o século XIX, essa cultura vem sendo difundida pelas elites conservadoras para a manutenção da ordem social (DENADAI, 2018). Assim, “na medida que a direita vai ampliando seu poder dentro do Congresso Nacional, o seu

pensamento dominante (assim como o discurso em torno do medo social) torna-se referência para a formulação de leis sobre os temas mais diversos” (*Id. Ibid*, p. 226).

O *Decreto nº 7.179* é instituído em 2010 pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC). O quadro 2 faz uma síntese desse plano para uma maior compreensão da abordagem dos seus idealizadores.

**Quadro 2 - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)**

ÊNFASE	Ideologia proibicionista
OBJETIVOS/PIEC	I) Ampliar e integrar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação de familiares e a atenção aos públicos vulneráveis; II) Ampliar e integrar as redes de saúde e assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS, com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS; III) Capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; IV) Promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; VI) Disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e VII) Fortalecer ações de enfrentamento ao tráfico.
ESTRATÉGIAS IMEDIATAS	III Ação permanente de comunicação de âmbito nacional sobre o crack e outras drogas, envolvendo profissionais e veículos de comunicação; IV capacitação em prevenção do uso de drogas para os diversos públicos envolvidos na prevenção do uso, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas; VII ampliação de operações especiais voltadas à desconstituição da rede de narcotráfico, com ênfase nas regiões de fronteira, desenvolvidas pelas Polícias Federal e Rodoviária Federal em articulação com as polícias civil e militar e com apoio das Forças Armadas; e VIII fortalecimento e articulação das polícias estaduais para o enfrentamento qualificado ao tráfico do crack em áreas de maior vulnerabilidade ao consumo.
ESTRATÉGIAS ESTRUTURANTES	I - ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas; II - realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reinserção social do usuário e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas; VII - criação de centro integrado de combate ao crime organizado, com ênfase no narcotráfico [...]; VIII - capacitação permanente das polícias civis e militares com vistas ao enfrentamento do narcotráfico nas regiões de fronteira; e IX - ampliação do monitoramento das regiões de fronteira com o uso de tecnologia de aviação não tripulada.

Fonte: Brasil (2010, s.p).

Os objetivos do Plano correspondem à perspectiva de “epidemia” lançada nesse período sobre a substância crack e outras drogas, mesmo que não houvesse respaldo científico para comprovar. O PIEC propõe a prevenção do uso, do tratamento e do combate ao tráfico de drogas, que deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

As estratégias do plano correspondem à lógica do proibicionismo às drogas, observa-se que sempre há os termos “ampliar” e “fortalecer” o combate ao uso das substâncias psicoativas através das forças policiais. Não existem ações na perspectiva de saúde pública que respeitem os pressupostos dos direitos humanos, as singularidades e os contextos dos sujeitos; o ambiente é de guerra contra o crack que supostamente estaria no momento epidêmico, sem sequer ter um respaldo científico para tal afirmação.

Reforçam o estigma de guerra às drogas tão consolidado no país, que tem um efeito devastador na vida da classe trabalhadora, particularmente aqueles que são pobres, jovens e negros.

Para Barroco (2011), esse cenário era propício à objetivação de ideias e práticas neoconservadoras e individualistas. Mas, coexistiram formas de oposição e de resistência, a exemplo de inúmeras ações de defesa dos direitos humanos, de denúncias, de resistências, de mobilizações e de lutas constitutivas do universo das forças políticas democrático-populares e do conjunto das classes trabalhadoras brasileiras. Como ações dessa natureza, temos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), ocorrida em 2010, intitulada “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, como será abordado no quadro 3.

**Quadro 3 - IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**

ÊNFASE	Saúde Coletiva
OBJETIVO	A discussão da intersetorialidade no vasto campo da saúde mental e a defesa dos avanços e os desafios a serem enfrentados nesse âmbito.
ESTRATÉGIAS PARA A REDE	Implantar ações de redução de danos em todos os serviços e políticas públicas; Implantar, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o programa de redução de danos nos municípios garantindo o financiamento, custeio e sustentabilidade, através das três esferas de governo, e parcerias com o terceiro setor, adequando à realidade de cada município; Garantir que as pessoas em uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas tenham acesso às estratégias do Programa de Redução de Danos; Garantir a ampliação e efetivar políticas de redução de danos, e

	<p>estabelecer que os CAPS ad trabalhem com a lógica da redução de danos, em cumprimento ao Decreto nº 5.912/06;</p> <p>Difundir a redução de danos enquanto estratégia que considera o sujeito em sua singularidade, respeitando suas escolhas para além dos preconceitos e estigmas associados à questão do consumo de álcool e outras drogas.</p> <p>Garantir, através de normatizações, a sustentabilidade técnica e financeira das ações de redução de danos no território, fortalecendo a gestão intrasetorial (saúde mental e DST/AIDS/Hepatites virais e TB) e intersetorial, propondo regulamentação do cargo de redutor de danos no quadro de recursos humanos da rede pública de saúde mental;</p> <p>Implantar equipes de atendimento na rua, no modelo da Equipe de Saúde da Família, garantindo as ações em redução de danos para atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas que se encontram em situação de rua, assegurando retaguarda em serviços especializados de atenção diária e serviços com hospitalidade para desintoxicação.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Brasil (2010, s.p).

A convocação da intersetorialidade foi um avanço em relação às conferências anteriores e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, a multidimensionalidade e a pluralidade das necessidades em saúde mental (BRASIL, 2010b).

A Intersetorialidade na saúde, particularmente na saúde mental, é componente essencial à integralidade do cuidado. Possibilita a parceria com outros campos dos direitos humanos, da assistência social, da educação, do trabalho, da cultura, entre outros espaços para o estímulo e a construção de redes que respondam às necessidades dos sujeitos com problemas psíquicos (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

A saúde mental articulada com a intersetorialidade é uma forma de ultrapassar a lógica de fragmentação das políticas públicas no enfrentamento das expressões da questão social. Sendo um movimento contra-hegemônico ao *modus operandi* do modelo médico-procedimento-centrado (COSTA, 2010).

Para a autora mencionada, as ações e serviços moldados pela intersetorialidade remetem a mudanças nos planos da macropolítica (planejamento e gestão) e da micropolítica (processos de trabalho, práticas em saúde). Essas mudanças estão relacionadas com os processos de democratização das relações Estado/Sociedade e com a necessidade de democratização e descentralização da gestão das políticas sociais públicas (COSTA, 2010).

A intersetorialidade permite a discussão e a interação entre os diversos segmentos da saúde mental, entre eles, destacamos as substâncias psicoativas. No relatório final da IV

CNSM I, enfatizou-se que o enfrentamento da problemática do uso e abuso das substâncias psicoativas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

A IV CNSM-I expressa a relevância de efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos. Em contraponto, a estratégia é predominantemente focada na abstinência, moralização, penalização e criminalização do sujeito usuário de álcool e outras drogas.

A Redução de Danos articula estratégias de cuidados e de redução de danos sociais e de saúde, decorrentes do consumo de psicoativos. Estão pautadas no reconhecimento da complexidade do fenômeno do uso de psicoativos, na perspectiva da saúde coletiva, em princípios éticos e de universalidade, integralidade e intersetorialidade da seguridade social brasileira (CFESS, 2016).

Lima e Tavares (2012) destacam que a potência do posicionamento político da saúde pública, em assumir a liderança da política sobre drogas com sua estratégia de redução de danos, ainda está sob difícil e tensa construção, mas, em conjuntura marcada por contradições a ser exploradas.

A Política de Saúde é sem dúvida, entre as políticas sociais, aquela que historicamente mais avançou em termos de conquistas democráticas nas abordagens sobre o consumo de psicoativos, como afirma Brites (2017).

Mesmo com proposta de uma política progressista, a redução de danos é um desafio no cenário brasileiro. A opção pela manutenção da via neoliberal nos governos brasileiros, a partir dos anos 2000, tem como resultado a hegemonia de um pensamento ideológico, próprio ao capital (DENADAI, 2018). Há a predominância do conservadorismo enraizado na constituição das políticas sociais em nosso país. Bardi (2018), ao analisar o proibicionismo (guerra às drogas) como funcional ao sistema capitalista, afirma que esta expressa muitas das contradições sociais, poderemos evidenciar possibilidades reais e concretas de enfrentamento da questão.

Barroco (2011) evidencia que as políticas com fundamento da “tolerância zero” e do fortalecimento do Estado policial seguem a lógica neofascista reproduzida nos EUA e na

Europa. São expressas na discriminação contra os imigrantes, a exemplo das milícias populares na Itália; na perseguição aos ciganos na França; e, no Brasil, na criminalização dos movimentos sociais e da pobreza, e, na atual institucionalização da militarização do cotidiano pelo Estado, no combate ao narcotráfico.

De toda a indústria farmacêutica, a das drogas psicoativas é não só uma das mais lucrativas, mas também a que teve um papel mais significativo na sua influência cultural. O que pouco se percebe é que, paralelamente à emergência de um proibicionismo de certas drogas, ocorreu uma exacerbação na compulsão ao consumo de fármacos industriais – assim como também ao de alimentos e a outras mercadorias (CARNEIRO, 2011). O Brasil está entre os primeiros países que mais vende medicamentos, principalmente os antidepressivos.

A indústria farmacêutica é uma das principais incorporações da lucratividade do capital, uma vez que permite, através de suas mais variadas drogas, que o trabalhador esteja sempre disponível para garantir o lucro ao capitalista.

Para Carneiro (2011), os antipsicóticos, soníferos, tranquilizantes, ansiolíticos e antidepressivos despontaram desde os anos 1950 como carros-chefes não só da indústria, como de estilos de vida, em que o uso de pílulas tornou-se um hábito considerado normal, não só como suplementos vitamínicos ou fortificantes, mas também como reguladores mentais, moduladores psíquicos, capazes de alterar o humor, o sono, a tensão e a motivação.

Segundo dados da IMS Health e Quintiles are now – IQVIA<sup>32</sup>, o faturamento das farmácias no período de 12 meses, finalizado em novembro de 2018, foi 11,89% maior, quando comparado com o mesmo período do ano anterior. Os dados apontam que no comparativo, que considerou o período de dezembro de 2017 a novembro de 2018, o faturamento das farmácias no Brasil foi de R\$ 119.494.748.613,00<sup>33</sup>.

Muito além do simples e indefinível efeito farmacológico objetivo de todo remédio, também é uma representação que se autorreforça por meio do efeito placebo inerente a todo medicamento, conforme Carneiro (2011). Para o autor, é vendido no mercado de drogas modos de produção da subjetividade. Assim, fazem os sujeitos usuários, que se inserem em contextos sociais, cerimoniais e até rituais. Também assim o consideram as agências publicitárias que, ao promoverem álcool, tabaco ou remédios, vendem estados de espírito, modelos de felicidade da alma ou do humor em pílulas.

---

<sup>32</sup> A IQVIA é uma empresa multinacional que atende às indústrias combinadas de tecnologia da informação em saúde e pesquisa clínica. É fornecedora de serviços de desenvolvimento biofarmacêutico e terceirização comercial.

<sup>33</sup> Informações adquiridas em: <https://www.febrifar.com.br/mercado-farmaceutico-2019-veja-expectativas/>. Acesso em: 15 nov. 2019.

As drogas são produtos da cultura, são necessidades humanas, assim como os alimentos ou as bebidas, podendo ter um bom ou um mau uso, assim como ocorre com os alimentos. A diferença é que um viciado em açúcar não corre o risco de ir preso, mas apenas o de perder a saúde na obesidade ou diabetes. A idéia da erradicação do consumo de certas substâncias é uma concepção fascista que pressupõe um papel inquisitorial extirpador para o Estado na administração das drogas, assim como de outras necessidades humanas (CARNEIRO, 2011, s. p.).

A teoria do Estado repressor não explica como o aumento da repressão ocorreu paralelamente com o aumento do poder da rede internacional de tráfico de drogas. Isso vem de encontro à concepção de que a lógica proibicionista falhou em sua promessa de reduzir a oferta e demanda, ao contrário, tem aumentado a violência e morte da classe trabalhadora, principalmente os jovens e negros (SOUZA, 2018).

O certo é que, sob a bandeira de erradicação das drogas construídas por muitos países, a humanidade vivenciou a um só tempo o fortalecimento de uma extensa rede de repressão e uma intensificação do mercado de drogas. Por conseguinte, a lógica neoliberal associou um discurso de não intervenção estatal sobre o mercado ao mesmo tempo em que intensificou a intervenção do Estado sobre os comportamentos e costumes dos sujeitos (SOUZA, 2018). Em síntese, o autor destaca que

O direito é igual para todos e não o modo como as pessoas devem conduzir suas vidas. Mas pode acontecer de a universalidade se tornar um conceito-operador, invertendo seu sentido e sua função, fazendo do igual uma orientação sobre os modos de viver. [...] a universalidade se vê reduzida e submetida a um exercício de uniformização. [...] é justamente sobre esta distinção que reside o confronto entre os paradigmas da redução de danos e abstinência (SOUZA, 2018, p. 198-199).

O direito é igual para todos na legislação (através da cidadania e democracia burguesa), uma vez que as ações práticas no cotidiano, principalmente da classe trabalhadora empobrecida, são direcionadas em outro sentido. São muitas vezes marcadas pela violência, repressão e pela morte ocasionadas pelos representantes do Estado capitalista. Isso fica ainda mais explícito no campo das substâncias psicoativas, pois o preconceito e estigma sobre essas substâncias são enraizados na sociedade conservadora brasileira.

Assim, em consonância com essas ações, é aprovada, sob a ótica capitalista e sob o recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo no governo conservador e ilegítimo de Michel Temer, a *Resolução nº 01/2018*, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), como será analisada no quadro a seguir.

#### Quadro 4 - Resolução nº 01 de março de 2018/CONAD

ÊNFASE	Ideologia do proibicionismo.
OBJETIVO	O realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD.
ESTRATÉGIAS	[...] ampliação e reorganização da rede de cuidados, [...] promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes. Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental; 2. Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas; 3. Posição contrária à legalização das Drogas; 4. Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas [...]; 7. Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas; 8. Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas [...].

Fonte: Brasil (2018, s.p); Brasil (2019, p. 6).

Essa defesa na ampliação da rede com vistas à promoção da abstinência reforça a ideologia proibicionista hegemônica e dificulta as ações em torno da saúde coletiva com a estratégia da redução de danos, que, em sua visão mais humanitária e com direcionamento nos direitos humanos, não exclui a possibilidade de que o indivíduo queira ficar abstinente. Todavia, oferece a ele outras possibilidades para além da interrupção total do uso de substâncias psicoativas.

Conforme Acselrad (2005), a estratégia da redução de danos decorrentes do uso indevido envolve ‘todas’ as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Não impõe abstinência, apenas afirma a importância de se avaliarem os riscos, sem dúvidas reais. Essa perspectiva inclui o debate coletivo, aberto e verdadeiro sobre a história das drogas, ao contrário da focalização apenas na abstinência.

A estratégia da abstinência como regime de visibilidade se sustenta em torno daqueles usuários de substâncias psicoativas que se tornaram contraproducentes ao modo de produção: os moradores de rua, viciados, dependentes, craqueiros e toda uma série de nomenclatura para expressar uma pretensa universalização de um tipo específico e particular de sujeito usuário (SOUZA, 2018). Nesse sentido, temos a “[...] abstinência como meta, dependente químico como diagnóstico e internação compulsória como medidas [que] são acionados como um círculo vicioso que individualiza o fracasso e ao mesmo tempo possibilita uma intervenção de corte populacional” (*Id. Ibid.*, p. 104).

A perspectiva de fracasso ou sucesso não é algo estranho em nosso cotidiano diante do ideário neoliberal de individualização das manifestações das expressões da questão social.

Sobre o alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental, constatamos que, assim como aconteceu no âmbito da saúde mental, o campo das drogas também foi afetado pelas ações conservadoras e retrogradadas, a exemplo da ênfase na abstinência como estratégia de tratamento para os sujeitos com problemas relacionados a um determinado padrão de consumo das substâncias psicoativas e a inserção das Comunidades Terapêuticas – CTs nos serviços de saúde.

As ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento baseados em evidências científicas são questionáveis, uma vez que o estudo do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), teve o orçamento de R\$ 7 milhões de reais. A pesquisa, que ouviu mais de 16 mil pessoas entre 2014 e 2017, envolveu mais de 500 profissionais de diferentes áreas: entrevistador de campo, pesquisadores da área de epidemiologia e estatística. Foi censurada pelo Governo e após um longo processo de “diálogos” foi liberada para conhecimento da sociedade apenas em 2019.

A censura realizada com o estudo representa a perspectiva adotada pelo Governo da época de fortalecer ainda mais a guerra às drogas e à abstinência como única estratégia de tratamento. Como afirma Souza (2018, p. 199), “o paradigma da abstinência antes de operar a universalidade como um recurso em nome da vida, se aplica como uma verdade sobre a vida”. A mesma atitude prevalece no atual governo.

Para Brites (2017), a mídia patronal tem desempenhado seu papel de classe na falsificação ideológica da realidade. O trato “jornalístico” da grande mídia a diversos acontecimentos recentes que imprimiram giros históricos fundamentais na vida pública brasileira é emblemático nesse sentido.

Em contexto de contrarreformas e ofensivas aos direitos em geral, a grande imprensa torna-se responsável pelo fornecimento de uma parte cada vez maior dos ingredientes consensuais do regime democrático contemporâneo. Considerada como um dos alicerces centrais da democracia blindada nos dias hodiernos (DEMIER, 2017).

Conforme Brites (2017), as tendências conservadoras e regressivas no campo dos direitos resultam das estratégias do capital para responder à sua crise estrutural. Elas estão presentes em todas as Políticas Sociais, inclusive de forma acentuada na Política de Saúde.

Para Monteiro e Uwai (2019), essas medidas, decretos e cortes orçamentários em diversos setores têm promovido um retrocesso no acesso à informação, à educação, à saúde e à moradia, o que dificulta a atuação no âmbito da redução de danos e adesão a qualquer tipo

de tratamento por parte das pessoas usuárias, tanto no que se refere ao uso problemático de substâncias psicoativas quanto nos casos de IST/HIV/Aids e Hepatites.

Em consonância com as propostas do antigo governo, em 2019, o presidente Jair Bolsonaro cria o *Decreto nº 9.761/2019*, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (Pnad), revogando o *Decreto nº 4.345/2002*, que instituía a Política Nacional Antidrogas e tinha como base a redução de danos, como será demonstrado no quadro 5.

**Quadro 5 - Decreto nº 9.761 de 2019/ Política Nacional sobre Drogas**

ÊNFASE	Ideologia do proibicionismo
OBJETIVOS	<p>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 comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social à pessoa com problemas decorrentes 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.</p> <p>[...] garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas.</p> <p>Promover e apoiar novas formas de abordagens e cuidados e o uso de tecnologias, ferramentas, serviços e ações digitais e inovadoras, que inclusive proporcionem redução de custos para o Poder Público.</p> <p>Cumprir e fazer cumprir as leis e as normas sobre drogas lícitas e ilícitas, implementar as ações delas decorrentes e desenvolver ações e regulamentações [...].</p> <p>Impor e fazer cumprir restrições de disponibilidade de drogas lícitas e ilícitas, entre outros objetivos.</p>
ESTRÁTEGIA DE PREVENÇÃO	<p>[...] As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar, [...] considerados os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.</p> <p>As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, ao incentivo da educação para a vida saudável e à qualidade de vida, ao fortalecimento dos mecanismos de proteção do indivíduo, ao acesso aos bens culturais, à prática de esportes, ao lazer, ao desenvolvimento da espiritualidade, à promoção e manutenção da abstinência, ao acesso ao conhecimento sobre drogas com embasamento científico, considerada a participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação das ações; entre outros.</p>

<p>ESTRÁTEGIA DE TRATAMENTO</p>	<p>As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas às pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido resultados efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas na área e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.</p> <p>Promover e garantir a articulação e a integração das intervenções para tratamento, recuperação, reinserção social, por meio das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Serviços de Emergências [...] e outros sistemas relacionados para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, entre outros.</p>
<p>SERVIÇOS PARA REDUÇÃO DE OFERTA</p>	<p>A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas, ao uso de tais substâncias e ao uso de drogas lícitas, responsáveis pelo alto índice de violência no País, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.</p> <p>Meios adequados serão assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública, incluída a assistência jurídica, em especial pelo Sistema Integrado de Educação e Valorização Profissional - Sievap.</p> <p>As ações contínuas de repressão serão promovidas para redução da oferta das drogas ilegais e seu uso, para erradicação e apreensão permanentes de tais substâncias produzidas no território nacional ou estrangeiro [...].</p> <p>A coordenação, a promoção e a integração das ações dos setores governamentais, responsáveis pelas atividades de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas, nos níveis de governo, orientarão a todos que possam apoiar, aprimorar e facilitar este trabalho.</p> <p>A execução da Pnad deve estimular e promover a participação e o engajamento de organizações não-governamentais e dos setores organizados da sociedade, de forma harmônica com as diretrizes governamentais, entre outros aspectos.</p>

Fonte: Brasil (2019b, s. p.).

Conforme o decreto, evidencia-se que há sempre ênfase na abstinência como suposto “modelo ideal” para o tratamento; o que não possibilita aos sujeitos escolherem a melhor intervenção de tratamento diante de suas particularidades, singularidades e contextos. Acrescenta-se nesse conjunto, infelizmente, a inclusão das CTs nos serviços públicos de saúde, apesar de todo histórico de denúncia contra os direitos humanos. Isso se constitui como uma junção própria do conservadorismo presente nas ações para o âmbito das substâncias psicoativas. Em relação à legislação anterior, apresenta pontos semelhantes, mas o traço de distinção crucial é a estratégia de redução de danos que é colocada em xeque por esse atual Governo.

Isso representa mais um retrocesso governamental, visto que as práticas pautadas em redução de danos não são necessariamente focadas somente na questão do uso e abuso de

drogas. Elas são baseadas em cuidado, permeiam a saúde (incluindo a saúde mental), a inclusão social, o acesso à informação e à garantia de direitos (MONTEIRO; UWAI, 2019).

Em suma, a redução de danos é uma ética de cuidado mantida pela resistência, desde sua origem, no final da década de 80, como alegam os autores. A redução de danos é uma estratégia que corresponde ao modelo sociocultural, o qual concebe o processo das substâncias psicoativas a partir das contradições sociais existentes no cotidiano dos indivíduos; esse modelo sofre ofensiva desde os últimos governos.

A respeito do acesso ao conhecimento sobre drogas com embasamento científico, esse fica limitado diante das ações do atual governo, o qual mascara as informações e manipula os dados de estudos e análises feitas pelas instituições científicas. Isso é perceptível quando a investigação realizada pela Fiocruz em 2014-2017, sobre o consumo de drogas no país, foi censurada e recebeu diversas críticas do então governo de Michel Temer devido aos resultados, pois a instituição demonstra que não há a tão famosa epidemia de drogas, como é noticiada cotidianamente pelos espaços midiáticos.

O Ministério da Cidadania do atual governo Bolsonaro escolheu a dedo quem irá realizar dois estudos nacionais sobre o uso de drogas. Insatisfeito com o resultado da última pesquisa vai repassar sem edital de seleção R\$ 11,9 milhões a um grupo de pesquisa – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad)<sup>34</sup> – alinhado ao governo, como afirma Levy (2020). Em outras palavras, o governo irá expor à sociedade os resultados que sejam favoráveis ao seu posicionamento diante da temática.

O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2016) destaca que, diante dos aspectos para redução da oferta sobre as substâncias psicoativas, se faz necessário conhecer a legislação que regula a produção, o comércio e o consumo dos psicoativos; entender os interesses que ocasionam a proibição de algumas substâncias e os impactos do proibicionismo sobre as expressões da questão social são exigências para um posicionamento crítico diante da realidade social e profissional, acerca do consumo de psicoativos em nosso país. E isso porque as medidas repressivas são incorporadas para determinados segmentos da sociedade.

Uma série de medidas e legislações no âmbito federal foram implementadas na perspectiva de fortalecimento do ideário proibicionista e de sua militarização, mesmo no

---

<sup>34</sup> O diretor da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, a Uniad, é um conhecido defensor da internação compulsória, das comunidades terapêuticas e da existência de uma epidemia de drogas: Ronaldo Laranjeira. É psiquiatra e dono de uma clínica para recuperação de “casos complexos em dependência química”. Passou os últimos anos coordenando o Recomeço, programa do governo estadual de São Paulo dedicado ao tratamento de usuários de drogas. Informações disponíveis em: <https://theintercept.com/2020/03/09/ministerio-da-cidadania-pesquisa-sobre-drogas/>. Acesso em: 29 mar. 2020.

contexto no qual havia certa disposição política para a formulação de consensos em torno da necessidade de reformulação da legislação federal sobre os psicoativos e, posteriormente, já na vigência da Lei nº 11.343/2006, supostamente considerada mais progressista (BRITES, 2017).

No que se refere à execução da Pnad, estimular e promover a participação e o engajamento de organizações não governamentais e dos setores organizados da sociedade faz parte da transferência de responsabilidade do papel estatal nas políticas, algo que não é novo no cenário brasileiro. Entre essas organizações, estão as comunidades terapêuticas, que ganharam nos últimos anos destaque na discussão, no âmbito das substâncias psicoativas e financiamento garantido pelo poder público.

Evidencia-se que há controvérsias nos serviços que direcionam o tratamento àquelas pessoas com determinados problemas relacionados às substâncias psicoativas, uma vez que alguns serviços correspondem à proposta da saúde coletiva, enquanto outros predominam o antigo e hegemônico proibicionismo existente em nosso país.

Para Brites (2017), a saúde coletiva fundamenta-se em uma concepção histórica de homem e de sociedade e busca apreender e interferir sobre os determinantes sociais que incidem sobre o processo saúde-doença. A efetividade de suas ações supõe a perspectiva do campo dos direitos e o reconhecimento dos princípios de universalidade, da integralidade, da autonomia e da igualdade de acesso, como preconizado pelo SUS. Supõe a intersetorialidade e a qualidade das políticas sociais. Nas abordagens sobre o consumo de psicoativos, reconhece as determinações de classe, étnicas e de gênero, portanto, o caráter histórico dessa prática social. Concebe a saúde como direito universal e se pauta em conhecimentos científicos e em práticas democráticas para direcionar suas ações.

O proibicionismo, por sua vez, fundamenta-se em uma concepção metafísica de mundo, que alimenta a defesa ideológica de um espaço “livre das drogas”; na verdade, “livre” da regulação social sobre algumas substâncias psicoativas. Ignora, assim, a história e milenar relação dos indivíduos sociais com as diferentes substâncias psicoativas. Do mesmo modo, contribui para a reprodução no cotidiano da interpretação genérica e abstrata do senso comum, do consumo de substâncias psicoativas como sendo um “desvio moral” ou “doença” (BRITES, 2017).

Diante da fundamentação da autora, é compreensível que se torna quase impossível manter essas duas perspectivas em um mesmo espaço de construção para as ações em torno

das substâncias psicoativas, uma vez que, enquanto a saúde coletiva se aproxima dos direitos humanos, o proibicionismo alimenta o conservadorismo das políticas sociais brasileiras.

Há um fortalecimento na guerra às drogas sob a lógica de redução da oferta. No entanto, como é concebido na realidade, o proibicionismo fracassou nessa sua proposta. Acserald (2005) contribui com a discussão, quando destaca que essa redução da oferta não é generalizada, mas apenas para determinadas substâncias. Conforme o autor, “há tolerância diante do consumo de certas drogas lícitas, em que pesem os altos índices de danos à saúde e à sociedade decorrentes de seu uso banalizado; discutem-se pouco os prejuízos da automedicação, na medida da legalidade do produto” (*Id. Ibid.*, p. 186).

Embora haja tantos argumentos e discussões em torno da temática, o discurso da abstinência predomina, criminaliza o uso de determinadas substâncias psicoativas, e não favorece uma reflexão e ação responsável (ACSELRAD, 2005). Os “axiomas” construídos ao longo do tempo que sustentam o discurso preventivo repressivo tornam-se um obstáculo para uma educação de uso equilibrado e saudável.

Na construção de um modelo de prevenção e tratamento, o discurso predominante sobre as drogas tomou emprestadas certas características próprias ao processo das doenças infecciosas. E “[...] como nem todos conseguem resistir, as campanhas se valem das metáforas militares, sugerindo um clima de ‘guerra nas estrelas’” (ACSELRAD, 2005, p. 187).

De acordo com Souza (2018), no campo da saúde, a abstinência e a internação compulsória evidenciam a estratégia disciplinar que se apoia no fracasso do usuário. Mas, no campo mais amplo da política repressiva, devemos atentar para o fato de que as *críticas do fracasso* não fazem mais do que supor que há em curso uma repressão generalizada às drogas. São análises que ainda se baseiam em uma teoria de repressão, escamoteando toda uma complexidade que tange a dimensão produtiva do poder em cuja lógica repressiva cumpre um papel específico e não geral.

Como já vem sendo discutido no presente estudo, a política repressiva corresponde a ações direcionadas a determinados segmentos sociais que os encarceram e/ou matam. As estatísticas têm mostrado que os jovens, negros e principalmente aqueles que moram nas comunidades periféricas são os alvos da lógica do proibicionismo. Conforme Monteiro e Uwai (2019), as políticas do governo, reiteradas por meio do *Decreto nº 9.761/2019*, estão focadas em perpetuar e intensificar ações de genocídio da população pobre e negra, tanto nas áreas da saúde e da assistência social quanto da segurança pública.

Para Brandão e Caracho (2019), o endurecimento da Pnad reitera a política de encarceramento em massa dos sujeitos, principalmente da população desfavorecida. Nos casos em que não é admissível prender, ao Estado, resta a alternativa de terceirizar a responsabilidade sobre essas pessoas, internando-as em instituições que, a despeito de suas particularidades, culpabilizam e submetem os internos a uma reforma moral-religiosa.

Na lógica da abstinência, há uma defesa demasiada na internação compulsória que, apesar de séculos de ineficiência e fracasso, continua a ressurgir nas discussões do poder legislativo e executivo, também na hodierna cena política brasileira. De um lado, isso torna evidente que é em nome da vida, o Estado revigora o poder soberano de sequestro e morte de parcelas específicas da população; por outro, permite avançar no entendimento da função estratégica que a norma geral da abstinência cumpre para a biopolítica das drogas (SOUZA, 2018).

Para o autor mencionado, se novamente a internação compulsória nos conduz para uma estratégia que fracassa há séculos, ainda mantém um valor de uso em que sentido? Tem que esclarecer para a sociedade o porquê cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso. A internação compulsória dos sujeitos, com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, não lhes garante o direito à vida, ao contrário, constitui violação do seu direito à saúde (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Para que esse processo seja eficiente em seu poder discursivo de produção da subjetividade, essa maquinaria do fracasso precisa apoiar-se na gravidade do caso para o qual a noção de recaída cumpre papel essencial. A recaída apresenta-se como medida da fraqueza individual e gravidade da doença, reforçando a necessidade de um exercício de poder que exclui a opção, opinião e desejo do sujeito. Ao ser individualizada e tomada como índice de gravidade da doença, a recaída ganha estatuto de uma verdade sobre a natureza desse indivíduo (SOUZA, 2018). Assim, “[...] a recaída se torna o próprio motor de um círculo vicioso, de um sistema que se alimenta da falha na medida em que individualiza” (SOUZA, 2018, p. 103).

A abstinência enquanto estratégia para as ações em torno das substâncias psicoativas concretiza esse ideal de uma sociedade livre de determinadas drogas. Por conseguinte, as medidas para o cumprimento dessa, muitas vezes, tornam-se desumanas e insustentáveis, como discutiremos a seguir com a perspectiva de encarceramento metafórico dos sujeitos, através das comunidades terapêuticas e das internações involuntárias, ambas ganham mais força nesse contexto de regressividade em que se encontra o nosso país.

## 4.2 ENCARCERAMENTO DOS SUJEITOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS

As alegadas preocupações sociais e de saúde com os usuários de drogas, especialmente o crack, alardeadas pela mídia patronal, merecem ser analisadas para além de sua aparência humanitária, como assegura Brites (2013). Assim, consideram-se as comunidades terapêuticas e internações involuntárias como elementos de encarceramento dos sujeitos, em uma perspectiva metafórica de compreensão da privação de liberdade, violação dos direitos humanos e outros agravos.

As preocupações em torno das substâncias psicoativas emergem tardiamente em relação à sua introdução no mercado consumidor brasileiro e em uma conjuntura social, cujos interesses econômicos e políticos jogam um peso decisivo sobre as respostas formuladas para enfrentar a denominada “epidemia do crack” no contexto de 2010 (BRITES, 2013).

Em suas reflexões na tese de doutorado, Denadai (2015) destaca o projeto de Lei nº 7.663/2010 do deputado Osmar Terra. Entre os temas do projeto com maior polêmica, estão as comunidades terapêuticas – CTs; a internação involuntária; os crimes e as penas relacionados aos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. Alguns desses pontos foram aderidos nas novas legislações implementadas pelo último governo neoliberal ortodoxo e o atual governo neofascista.

A proposta do presente deputado é subsidiada também por sua trajetória profissional (médico com mestrado em neurociência). Reforça um olhar científico centrado sobre o funcionamento do cérebro em relação a um fenômeno, diga-se expressão da questão social, que carrega dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, como destaca Denadai (2015).

Para Costa (2016), o projeto de lei se mostra contraditório em relação à sua base conservadora, uma vez que busca respaldo na neurociência e na farmacologia para classificar as drogas e também propõe um tratamento através de padrões morais religiosos implementados pelas CTs.

Notam-se os avanços das ações conservadoras no campo das substâncias psicoativas. São progressos das propostas do Legislativo no contexto dos governos petistas. Entretanto, compreendemos que essa derrocada não significa que o PT tenha deixado de lado as propostas progressistas aspiradas pela militância da área, mas, sim, porque o discurso conservador esteve historicamente presente no partido e com isso não possibilitou que a questão fizesse

parte da agenda de luta por meio de propostas consideradas mais progressistas em relação à temática (DENADAI, 2015).

Se por um lado essas ações do governo aparentemente mostravam que havia um reconhecimento do uso abusivo de drogas como uma questão de saúde pública, de outro, tais medidas surgiram no bojo de um discurso sensacionalista, proveniente dos veículos de comunicação e de setores políticos, sobre a disseminação dos perigos da suposta epidemia de crack, aliado à estigmatização do usuário. O que serviu para fortalecer ações contrárias aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como ressalta Denadai (2015).

No Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos sobre os locais de internação para usuários de drogas, em 2011, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) constatou que havia uma ampliação das CTs como solução para os problemas das drogas. Essas instituições se inscrevem no campo das práticas sociais invisíveis ou subterrâneas. O Conselho destaca a dificuldade de acesso a essas instituições, logo, defendem que não é possível ser público e ser incluído como dispositivo público mantendo-se nos subterrâneos da sociedade. O acesso a um serviço público é um dos direitos do cidadão (CFP, 2011).

Nesse modo de tratamento ofertado pelas CTs, o sujeito é separado de seu meio social em uma espécie de segregação como resposta de tratamento. Varia quanto ao tempo exigido de não comunicação com familiares. A maioria das instituições admite que os internos são proibidos de acessar qualquer meio de comunicação, como por exemplo acessar internet, ouvir rádio, ver televisão, etc., além de terem suas correspondências violadas e seu contato com familiares – presencial ou por telefone – monitorado pela instituição (CFP, 2011). Essa lógica nos lembra do formato dos primeiros manicômios que ficavam distantes das cidades e excluía os sujeitos usuários do convívio social.

No ano de 2013, em visita realizada ao Brasil, o grupo de especialistas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)<sup>35</sup> fez uma ressalva em relação aos sujeitos que são apreendidos, detidos e presos. Eles observaram que nesses casos muitas vezes estão envolvidos jovens, pobres e sem moradia. Segundo o grupo, parte desses sujeitos usuários de drogas foram presos em função de um esforço para "limpar" as ruas, por causa da pressão dos grandes eventos a serem sediados no Brasil, tais como a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. Acrescentam ainda que a legislação não pode ser usada como forma de limpar as ruas, não se trata de manter esses sujeitos longe das ruas, mas sim em como são tratados. Além disso, levantaram outras questões relacionadas à prisão de

---

<sup>35</sup> Versão original: United Nations Office on Drugs and crime.

adolescentes e pessoas com problemas mentais, advertindo que as detenções não devem ser baseadas no ato discriminatório.

Mesmo com as denúncias apresentadas no relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos sobre os locais de internação para usuários de drogas, em 2015, foi regulamentado pela *Resolução nº 1* do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas em caráter voluntário. Essas entidades são caracterizadas como CTs.

Em análise a essas instituições, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA lança uma nota técnica, em 2017, sobre o levantamento de dados de 500 comunidades terapêuticas, de um censo com quase 2.000 delas. A partir da nota técnica apresentada pelo IPEA, destacamos inicialmente a distribuição das CTs e as vagas disponíveis nessas instituições, conforme se verifica no Quadro 6.

**Quadro 6 - Distribuição das Comunidades Terapêuticas por regiões geográficas e as vagas disponibilizadas.**

REGIÃO			DISTRIBUIÇÃO DAS CTs		VAGAS NAS CTs	
	Nº	%		%		Nº
Norte	139	7,37	Zona Rural	74	Pequenas (até trinta vagas)	954
Nordeste	330	17,06			Médio porte (entre 31 e setenta vagas)	775
Centro-oeste	172	8,23	Zona Urbana (capitais ou metrópoles)	56	Grande porte (entre 71 e trezentas vagas)	221
Sudeste	812	41,77				
Sul	510	25,57				

Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017).

Observamos que as CTs estão instaladas em todo o país; mas estão concentradas principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste.

A localização da maior parte dessas instituições está na zona rural das regiões, isso não é algo aleatório, uma vez que dificulta encontrar o local e prejudica a fiscalização dos órgãos responsáveis, como alega o IPEA (2017). Essas instituições distantes dos centros urbanos nos remetem ao passado sombrio da saúde mental no país.

Em relação às vagas nas CTs, havia cerca de 83.600 (oitenta e três mil e seiscentas) vagas para tratamento, em um total de 1.950 CTs instaladas no território brasileiro, no período da pesquisa. A maior parte delas é de pequeno porte, com até trinta vagas. Evidencia-se

também algumas restrições ao ingresso de pessoas com orientações sexuais diversas, assim como para pessoas com deficiências e outras necessidades específicas, conforme assegura o IPEA (2017).

A distribuição de vagas não é equitativa entre os sexos, cerca de 80% das vagas em CTs se destinam a pessoas do sexo masculino; 15%, a pessoas de ambos os sexos; e pouco mais de 4%, a mulheres, exclusivamente.

Esses dados nos levam a refletir sobre as razões que fazem com que o número de homens envolvidos com as drogas seja maior do que o das mulheres. Tal fenômeno sinaliza uma questão de gênero, que guarda relações com os comportamentos de risco, decorrente da internalização de papéis e valores incorporados pelos mesmos. Na sociedade conservadora e patriarcal em que vivemos, é naturalizado que os homens podem gozar da liberdade da vida na esfera pública e dos prazeres nela encontrados. Há uma tolerância maior com os homens do que com as mulheres no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas.

O preconceito e estigma sobre essa temática ainda são fortes e persistentes na sociedade conservadora. Para compreendermos mais esse processo, destacamos em consonância com a pesquisa do IPEA (2017) o perfil dessas instituições, como será apresentado no Quadro 7.

A pesquisa realizada pela instituição sobre *o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* foi desenvolvida por duas frentes de investigação: uma quantitativa, por meio de um survey junto a quinhentas CTs; e outra qualitativa, por meio de estudos etnográficos em dez unidades. O survey gerou informações representativas do universo dessas entidades, enquanto o trabalho de campo etnográfico permitiu análises e interpretações sobre o cotidiano das CTs, suas rotinas e seus internos.

O survey partiu de um cadastro com quase 2 mil CTs que apresentavam informações suficientes para, de um lado, extrair-se uma amostra ponderada de CTs; de outro, viabilizar o acesso às entidades amostradas.

Na frente qualitativa, um(a) etnógrafo(a) observou e participou das rotinas de cada uma das dez CTs pesquisadas, durante o período de quinze dias. Embora, para as pretensões de uma densa pesquisa etnográfica, duas semanas seja um tempo relativamente curto. Por isso, esse trabalho buscou suprir tal limitação, selecionando pesquisadores de campo com alta qualificação em antropologia social e com experiência pregressa no tema do projeto. Por outro lado, a quantidade de casos favoreceu maior controle de transversalidades e especificidades das diferentes CTs.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa apresentados percentualmente no Quadro 7 não totalizam em sua maioria um universo de cem por cento (100%) devido à metodologia utilizada na pesquisa, na qual os dados não pertencem exclusivamente à única categoria, algumas vezes eles se interseccionam, vejamos:

**Quadro 7 - Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil**

CTs/ FAIXA ETÁRIA DOS USUÁRIOS		ACEITAÇÃO PELAS CTs QUANTO A ORIENTAÇÃO E À IDENTIDADE DE GÊNERO		CTs/ INSTALAÇÕES		CTs/ LAZER, CULTURA E CUIDADOS		CTs/ SANÇÕES		CTs/ ORIENTAÇÃO RELIGIOSA	
	%		%		%		%		%		%
Crianças (menos de 12 anos)	1,7	Homossexuais	90,9	Espaços privativos para casais e/ou famílias <sup>36</sup>	18	Sala de Televisão	95,5	Advertência oral	89	Pentecostal	41
Jovens (entre 12 e 18 anos incompleto)	22,4	Travestis	51,6	Quartos individuais	26	Salas multiuso	89	Comunicação à família ou pessoa de referência	69	Católica	26
Adultos (com 18 anos ou mais de idade)	88	Transexuais <sup>37</sup>	43,6	Quartos coletivos (até 3 pessoas)	39	Espaço de convivência	86	Advertência por escrito	58	Evangélica de missão	5
Idosos (a partir dos 60 anos)	66,7			Quartos coletivos (4 a 6 pessoas)	73,2	Espaço para oficina	86,2	Suspensão de contatos telefônicos	22	Outras religiões	9
						Sala de aula	54	Aumento nas atividades de laborterapia	16		
						Sala de Informática	29	Isolamento	7,5	Sem orientação	19
Consultório para consultas	83										

<sup>36</sup> São destinadas, principalmente, aos trabalhadores das CTs, como os monitores e coordenadores.

<sup>37</sup> Em relação à presença das pessoas transexuais nas CTs, a porcentagem apresentada acima se refere à proposta de receber esse grupo e não que estas instituições já possuam esses usuários.

						psicológicas				religiosa	
						Consultório médico	52,5				
						Consultório odontológico	10				

Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017).

Sobre a faixa etária dos usuários desse tipo de serviço, chama-nos a atenção o fato de algumas CTs aceitarem crianças e adolescentes. Questionamo-nos se os órgãos responsáveis pelo cuidado e proteção das crianças e adolescentes têm acesso ao tipo de tratamento ofertado por esses locais, principalmente devido às sanções realizadas para o não cumprimento das normas estabelecidas pelas CTs e outros aspectos, considerando a vulnerabilidade desse grupo social.

Foram verificados casos de internação de adolescentes que, na maioria das vezes, dividem os alojamentos e quartos com adultos, conforme o IPEA (2017). Essa situação demonstra a ausência de cuidado às peculiaridades que devem distinguir a atenção a esse grupo populacional.

As irregularidades das internações de adolescentes podem ser caracterizadas de acordo com a Portaria nº 3.088/2011 (inciso II do art. 9º) a qual determina que as CTs só podem acolher adultos (inciso II do art. 9º). Porém, a manutenção de internos nessa faixa etária viola uma série de diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), visto que não são espaços adequados para o cumprimento de medida socioeducativa e, tampouco, estabelecimentos capazes de promover proteção integral a sujeitos em fase de formação, uma vez que não oferecem atendimento personalizado, não diligenciam pelo reestabelecimento e preservação de vínculos familiares, nem sempre oferecem instalações físicas adequadas, não proporcionam escolarização e profissionalização, nem atividades culturais, esportivas e de lazer, entre outros aspectos.

Em 2020, a preocupação em relação ao acolhimento de crianças e adolescentes se torna ainda maior, pois mesmo em contexto de pandemia mundial, o CONAD aprova a regulamentação do acolhimento de crianças e adolescentes nas CTs. Desconsiderando todo o histórico de denúncias apresentadas por diversos órgãos contra essas instituições devido à falta de infraestrutura, à escassez de profissionais, à violação aos direitos humanos, entre outros fatores.

Esse retrocesso no campo dos direitos da criança e adolescente acontece no mesmo ano em que o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (Lei 8.068/1990) completa 30 anos. O ECA, por intermédio dos artigos 3º, 4º e 7º, assegura que as crianças e adolescentes têm direito à proteção integral, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental e espiritual em condições de liberdade e dignidade; sendo dever da família, da comunidade, da sociedade e do Estado essa garantia. O artigo 18 refere-se ao “[...] dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento,

aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 1990, p. 29). Contudo, a regulamentação supracitada ignora essa proteção e submete esses jovens a essas instituições conservadoras e moralistas.

Para a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), essa recente regulamentação expressa a centralidade e a intimidade do Governo com essas entidades de caráter privado, ferindo os princípios da lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/2001), quando prioriza serviços não territoriais, de caráter fechado, ao invés de fortalecer outros pontos da RAPS, como os CAPS IJ (infância e juventude), os serviços de unidades de acolhimento IJ em suas diferentes modalidades.

Essa ação também pode ser reflexo das mudanças no Conselho Nacional sobre Drogas – CONAD, pois foram retirados alguns órgãos da representação, entre eles, a Ordem de Advogados do Brasil, o Conselho Federal de Psicologia, o Conselho Federal de Medicina, assim como a participação da sociedade civil - concretização da democracia blindada (DEMIER, 2017). Essa exclusão de profissionais capacitados na discussão sobre os direitos da criança e adolescentes também está articulada com esse contexto regressivo.

Chama atenção também a percentagem de idosos nas CTs (66,7), uma vez que o Estatuto do Idoso, regulamentado pela Lei nº10. 471/2003, dispõe em seu art. 9º que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. Contudo, a realidade das CTs apresentada em diversos relatórios de pesquisa nessas instituições nos mostra que são comunidades que violam os direitos humanos, têm falta de estrutura adequada ao atendimento em condições de dignidade e a impossibilidade de atendimento de necessidades oriundas da idade, além de indícios de tratamento desrespeitoso e outros agravos.

Em seu relatório *de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, o CFP (2018) destaca que comunidades terapêuticas podem estar sendo usadas como local de longa permanência para idosos, em especial para pessoas de pouca condição econômica. Em parte, a atenção aos idosos é realizada pelas próprias pessoas privadas de liberdade, mais uma vez caracterizando o emprego de mão de obra sem formalização, sem remuneração e sem qualificação profissional.

Sobre a aceitação pelas CTs quanto à orientação e à identidade de gênero, foi verificado que em ao menos 14 das 28 instituições visitadas não há respeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero. Pelo contrário, impera a tendência à repressão da

expressão das sexualidades e seu tratamento como problemático. Por vezes, em instituições de orientação religiosa, a identidade sexual foi associada ao “pecado”, conforme identificado pelo IPEA (2017).

Existe violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual constatada pela imposição de uma rígida rotina de orações e inúmeros relatos de obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas, bem como a punição em casos de negativa, inclusive por meio do aumento da carga de “laborterapia” (IPEA, 2017). Pelo modo como vem sendo utilizada por muitas instituições, a chamada “laborterapia” encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, algumas vezes, trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão.

Existe a presença constante de um chamado trabalho “voluntário” que, sem configurar de fato essa modalidade, encobre violações aos direitos trabalhistas. Essa prática ocorre de duas formas principais: pelo recrutamento de profissionais sem remuneração; e pela permanência de ex-internos, que assumem tarefas como monitores ou obreiros, sem formalização dessas atividades (IPEA, 2017). Em geral, a situação de voluntariado não é oficializada – o que contraria a legislação na área, especialmente a Lei nº 13.297/2016<sup>38</sup>.

No que se refere às instalações das CTs, verifica-se que a maioria possui quartos que acomodam de 4 a 6 pessoas, nossa preocupação está em relação à privacidade dos sujeitos em suas diversas necessidades, principalmente as crianças e adolescentes que podem estar submetidas a situações vexatórias, ao risco de violência sexual, entre outras.

Em relação ao lazer, à cultura e aos cuidados, as atividades são restritas aos sujeitos usuários, uma vez que uma ação simples como assistir à televisão é condicionada a horários previamente estabelecidos e a uma programação selecionada pela instituição, conforme destaca o IPEA (2017). Os sujeitos não têm autonomia para aproveitarem o espaço e tempo de acordo com suas necessidades. Outro aspecto que chamou atenção é quanto à sala de aula, pois a educação, em seu sentido amplo, deveria ser componente fundamental e prioritário em todas as CTs, entretanto, muitas delas não possuem esse espaço para os sujeitos.

A presença de castigos, punições e indícios de tortura 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) – todas elas podem ser caracterizadas como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante, de acordo com a legislação brasileira. Dentre as sanções mais

---

<sup>38</sup> A Lei nº 13.297/2016 inclui a assistência à pessoa com o objetivo de atividade não remunerada reconhecida como serviço voluntário.

encontradas durante as vistorias, estão aquelas de incremento do trabalho ou de realização de tarefas extras e aviltantes. No primeiro caso, trata-se de aumento de tarefas cotidianas ou ligadas à manutenção do espaço físico; no segundo, da obrigação do cumprimento de tarefas repetitivas, em especial a prática de cópia de trechos bíblicos.

As equipes de inspeção também colheram relatos do uso de isolamento físico ou confinamento dentro da própria CT como modo de “tratamento” ou punição por desvio de comportamento na instituição. Essas instituições têm carta branca para seguirem o “tratamento” de acordo com suas concepções religiosas e moralistas.

Essas sanções ferem, conforme o relatório da inspeção, o art. 2º, da Lei nº 10.216/2001, segundo o qual a pessoa com transtorno mental – incluindo aquele decorrente do uso de drogas – deve ser respeitada e tratada com humanidade no interesse único e exclusivo de beneficiar a sua saúde. A prática afronta ainda o art. 20, inciso IV, da Resolução RDC nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que proíbe a aplicação de castigos físicos, psicológicos ou morais a internos em instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Refletimos que as medidas apresentadas pelas CTs não apresentam resultados positivos em relação ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de uso de drogas. Pelo contrário, elas se mostram como ações de caráter punitivo, repressivo, desumano, uma vez que são destinadas, muitas vezes, ao constrangimento daqueles sujeitos que, de alguma forma, não seguem rigorosamente a conduta dessas instituições.

Verificou-se que a maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã. Assim,

[...] o método das CTs, antes que subordinado, por princípio, a igrejas ou organizações religiosas, encontra afinidades eletivas com estas, configurando-se num campo em que as igrejas procuram realizar suas ‘obras’ de moralização e transformação de subjetividades (IPEA, 2017, p. 20).

Em relação às instituições de cunho religioso, ressaltamos que não se trata de algo novo, uma vez que a responsabilidade da religião por questões sociais se deu historicamente em nosso país.

Compreendemos que no decorrer da história das medidas implementadas pela saúde, no que se refere aos sujeitos usuários de drogas, são respostas desarticuladas com a análise do fenômeno enquanto expressão da questão social na contemporaneidade.

O cultivo da espiritualidade e a laborterapia são comuns a mais de 90% das entidades, o que ratifica seu estatuto como método fundamental das CTs. Ainda com respeito à laborterapia, apesar de ser recurso terapêutico amplamente adotado pelas CTs, aquela aparece pouco articulada a projetos e ações de qualificação dos internos para o mercado de trabalho: apenas 46% das instituições indicaram as atividades de qualificação como rotineiras, como afirma o Ipea (2017).

Esses ambientes se fortaleceram ainda mais com a *Resolução nº 01/2018* do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), aprovada no governo ultraconservador de Michel Temer. Em seu art. 1º, define que

[...] A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em *comunidades terapêuticas*, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos para orientação das parcerias com a União (BRASIL, 2018, s. p., grifo nosso).

A partir da *Resolução nº 01/2018* a União ficará responsável por financiar também as CTs como serviço de saúde. Transfere repasse do fundo público para instituições de caráter privado e que violam os direitos humanos.

Com essa resolução acima mencionada e a *Resolução nº 32/2017*, as CTs passam a fazer parte oficialmente dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Infelizmente, essa ação contraria os pressupostos e a luta da Reforma Psiquiátrica no país, uma vez que essas instituições não concretizam os ideais dos direitos humanos, isso é compreendido no *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em conjunto com outras agências.

Ao total, conforme CFP (2018), foram fiscalizadas 28 (vinte e oito) CTs em todo o país no ano de 2017. A sistematização expõe a realidade concreta vivenciada nesses espaços de privação de liberdade, suas características e a complexidade de violações de direitos identificadas.

A maioria das CTs visitadas apresenta o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido. Esse modelo viola o amplo conjunto de diretrizes que tratam dos direitos da pessoa com transtorno mental, incluindo os advindos do

uso das drogas. A Lei nº 10.216/2001, que instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, é clara ao apontar que o atendimento a essas pessoas deve priorizar a inserção na família, no trabalho e na comunidade.

A lei supracitada aponta que a internação de pessoas com transtornos mentais deve se dar por meio de serviços que ofereçam assistência integral (serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros). Contudo, o quadro encontrado nas CTs inspecionadas foi de escassez de profissionais para a oferta dessa assistência: há poucos trabalhadores com formação na área de saúde e muitos monitores<sup>39</sup> internos que ganham a confiança da direção e passam a desempenhar, informalmente, atividades na instituição.

Um aspecto comum à maioria das instituições visitadas foi o impedimento à livre saída do estabelecimento e muitas recorrem à punição em caso de tentativa de fuga. Em algumas comunidades, também foi verificada a prática de retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou para o acesso a benefícios previdenciários. Essas instituições se apresentam como prisões, visto que encarceram os sujeitos.

Sobre a privação de liberdade, a Lei nº 10.216/2001 define três modalidades de internação: involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico); compulsórias (determinadas pela Justiça); e voluntárias (com o consentimento do usuário). Em relação às internações involuntárias – que além de laudo médico devem ser informadas ao Ministério Público em até 72 horas –, as vistorias identificaram em apenas duas das 28 CTs visitadas o documento médico com a autorização para tais internações. Mesmo nessas unidades, foram encontrados problemas, entre os quais: a ausência de informações específicas e situações que deixaram dúvidas sobre as datas de chegada do interno à comunidade, denotando, no mínimo, incompatibilidade nos dados apresentados.

As inspeções revelaram ainda que algumas CTs adotam a prática do “resgate” ou da “remoção”, isto é, internamento forçado. No que se refere às internações compulsórias, a inspeção nacional identificou que o Judiciário tem adotado essa prática em desconformidade com o que estabelece a legislação; uma vez que a única previsão no ordenamento jurídico brasileiro para que esse tipo de internação ocorra (e ainda assim é alvo de questionamentos por se contrapor aos direitos das pessoas com transtornos mentais) está no Código Penal, ao designar que a internação possa ser utilizada como substitutiva de pena, nos casos em que o autor de um crime, após seu julgamento, seja considerado pela justiça como inimputável.

---

<sup>39</sup> Os monitores não têm formação em saúde, são voluntários ou pessoas que já tenham passado pelo tratamento na instituição, os denominados “ex-internos” (CFP, 2018).

Revelaram também a existência de um contingente de sujeitos usuários de substâncias psicoativas enviados a CTs por determinação judicial com o objetivo de suposto tratamento de dependência química. Há decisões, inclusive, para o poder público arcar com os custos dessas internações, que, em muitos casos, não conta com prazo de término estabelecido – representando não apenas um subsídio público permanente a essas instituições, como, ainda mais grave, a perene privação de liberdade de determinada classe de sujeitos.

Em sequência, a lógica neoliberal ortodoxa e as ações retrógradas no campo da saúde mental e drogas, contrariando os trinta anos de existência da Política de Redução de Danos (PRD) no Brasil, em 2019, é instituída a Lei nº 13.840 - “Nova Lei de Drogas”, pelo Ministério da Justiça, que altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

Proposto pelo deputado Osmar Terra, ex Ministro da Cidadania, o projeto PLC 037 foi aprovado pela Câmara em 2013 e encaminhado naquele ano ao Senado, o qual só foi aprovado em 2019 (FEBRACKT, 2019).

Conforme a Lei nº 13.840/2019, o tratamento do usuário ou dependente de substâncias psicoativas 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, voluntárias e involuntárias, como será apresentado no quadro 8.

**Quadro 8 - Lei nº 13.840 de 2019**

ÊNFASE	Ideologia do proibicionismo
OBJETIVO	Tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
ACOLHIMENTO DOS SUJEITOS	I Oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; II Adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas; III Ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social; IV Avaliação médica prévia; V Elaboração de plano individual de atendimento; VI Vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.
INTERNAÇÕES DOS SUJEITOS	A internação somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no

	Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.
TIPOS DE INTERNAÇÕES PARA OS SUJEITOS	A internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas; A internação involuntária: 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.

Fonte: Brasil (2019c, s. p.).

Sobre o acolhimento dos sujeitos, muitos dos incisos mostram-se contraditórios se comparados com a análise do *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2017. Neste relatório, fica evidente a violação dos direitos humanos, a falta de estrutura, de profissionais e de outros agravos no tratamento dos sujeitos internados nessas instituições.

Essa abertura, para que qualquer responsável legal ou servidor de áreas de saúde, assistência social ou de órgãos integrantes do SISNAD possa solicitar a internação involuntária, é preocupante. Nos últimos anos, há uma crescente discussão tanto em relação ao número de usuários de drogas quanto à ampliação dos debates sobre a necessidade de leis mais severas e com viés punitivo, que contribuam para a contenção do tráfico e do uso de drogas.

A possibilidade de internação de usuários de drogas vem sendo fundamentada desde a Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Embora a lei exista desde 2001, foram os episódios de internação involuntária praticada pelas prefeituras dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, seja a pedido das famílias de usuários de *crack* ou das próprias prefeituras, que a colocou em evidência (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Conforme Brites (2013), a internação involuntária e a compulsória se caracterizam como canto de sereia, visto que é belo e irresistível, porém, fatal; uma vez que leva quem o ouve a uma viagem sem volta ao fundo do mar. Metaforicamente, esses tipos de internação encarnam os atributos desse canto. Belo, porque harmonioso em defesa da vida, da integridade e da solidariedade; irresistível, porque ecoa promessas imediatas e definitivas nos ouvidos cansados de ouvir lamentações de dor, perdas e violências; entretanto, fatal, porque anuncia o irrealizável e retrocede em conquistas.

A internação forçada viola o direito à autonomia, à liberdade e à convivência. Impõe como tratamento um modelo questionado que, no atual contexto, será realizado em instituições privadas, em sua maioria de cunho religioso, ferindo os princípios da saúde pública e do Estado laico (BRITES, 2013).

Se a preocupação é com o tratamento e o bem-estar, há de se esclarecer que a internação, retirada do convívio social e com foco na abstinência, não é o único ou o mais eficaz dos procedimentos. É sabido que o isolamento involuntário pode ser tão nocivo quanto a própria dependência – principalmente se considerado o histórico de internações psiquiátricas. Pensa-se que a tendência é que muitos desses abrigos sejam ou venham a ser verdadeiros depósitos – pagos com dinheiro público (BARBOZA, 2014).

A inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) nos hospitais psiquiátricos no Brasil, em 2018, apresentou um cenário extremamente preocupante na lógica de funcionamento dessas instituições. Além dos que fazem o uso de substâncias psicoativas, os sujeitos com sofrimento e/ou transtornos mentais também são obrigados a se tratar.

Conforme o relatório, há um descompasso entre a perspectiva dessas instituições com os parâmetros legais instituídos (sejam modelos referentes a direitos ou às diretrizes da saúde pública) e que urge por parte das instituições estatais, na agenda da saúde pública, no Brasil, maior atenção para a política de saúde mental e drogas. Não é possível, sob nenhuma justificativa, que essas ou quaisquer outras instituições denominadas hospitais concebam como método de tratamento a força, a obrigatoriedade e a violência como linha condutora de seu funcionamento.

É incontestável que, na esteira do que se apregoa na Constituição Federal brasileira, que saúde é um direito e não um dever, diversos normativos nacionais e internacionais são imperativos ao garantir que qualquer tratamento de saúde deve ter, por premissa, o respeito ao consentimento livre e esclarecido da própria pessoa que irá se tratar. Se acesso à saúde é um direito, a recusa a qualquer nível de tratamento também o é, uma vez que o respeito ao consentimento livre e esclarecido inclui, inexoravelmente, o direito à recusa (CFP, 2019, p. 494).

Um tratamento digno e integralizado requer das equipes e dos serviços de saúde uma postura de construção conjunta, a qual esteja pactuada com os processos de cuidado junto aos sujeitos atendidos. Entre as imposições interventivas, as internações involuntárias protagonizam o conjunto de medidas forçadas ao tratamento; nesse sentido, é suspeita a sua constitucionalidade.

Os sujeitos que fazem uso de drogas e aqueles com transtornos mentais são conectados pelo mesmo arcabouço normativo nacional e internacional. Desse modo, a garantia do consentimento livre e esclarecido sobre seu tratamento, o direito à recusa de se tratar, a perspectiva de cuidado em liberdade, de maneira comunitária, a ilegalidade da internação compulsória para fins de tratamento e a possibilidade de internação involuntária, somente a situações de emergência são dimensões de garantias que devem ser observadas aos sujeitos com problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil (CFP, 2019).

Para Gerra (2013), o tratamento para a dependência química deve ser fundamentado na vontade do sujeito e com consentimento informado, tendo sua realização na comunidade por meio das intervenções clínicas e sociais que tenham uma abordagem que siga os princípios da ética e atenção no cuidado em saúde. É importante o desenvolvimento de ações de apoio social que atendam às necessidades básicas de acolhimento, alimentação, acesso a programas de educação, geração de renda, dentre outros.

Entretanto, as legislações e as políticas sociais direcionadas para o campo das substâncias psicoativas são permeadas pela lógica do proibicionismo que favorece os desdobramentos do neoliberalismo na sociedade. E isso implica na construção de estratégias para os sujeitos com problemas relacionados a um determinado padrão de consumo de drogas e influencia no direcionamento dado ao financiamento no âmbito das substâncias psicoativas, como será discutido a seguir.

#### 4.3 NOVA FORMA DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL: SUBSÍDIOS PARA O FORTALECIMENTO DO PROIBICIONISMO E DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O financiamento das ações, projetos e programas relacionados à política sobre drogas fica sob a responsabilidade do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), criado e disciplinado pela Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, denominado, à época, Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB).

Os recursos que compõem o FUNAD são oriundos de

Dotações específicas estabelecidas no orçamento da União; doações de organismos ou entidades nacionais, internacionais ou estrangeiras, bem como de pessoas físicas ou jurídicas nacionais ou estrangeiras; recursos provenientes da venda de bens de valor econômico, apreendidos em

decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado de qualquer forma em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas abusivas, bem como os tenham sido adquiridos com recursos provenientes dos referidos crimes; recursos provenientes de emolumentos e multas, arrecadados no controle e fiscalização de drogas e medicamentos controlados, bem como de produtos químicos utilizados no fabrico e transformação de drogas de abuso; recursos de outras origens, inclusive os provenientes de financiamentos externos e internos; - recursos oriundos do perdimento em favor da União dos bens, direitos e valores objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou drogas afins; valores decorrentes da imposição de multas para garantia de medidas educativas relacionadas ao crime de aquisição, guarda, depósito, transporte e porte de drogas para consumo pessoal (art. 29, Lei nº 11.343/06); rendimentos de qualquer natureza decorrentes de aplicação do patrimônio do FUNAD, incluídos os auferidos como remuneração (BRASIL, 2020, s. p.).

A destinação desses recursos é voltada principalmente para as ações de redução da oferta e da demanda; campanhas; estudos e capacitações relacionadas à temática das substâncias psicoativas. Os recursos são também aplicados na própria gestão do FUNAD e nas despesas decorrentes de outras instâncias (BRASIL, 1986).

O controle da arrecadação é necessário para o planejamento e tomada de decisão acerca de ações, projetos e programas que serão custeados com recursos do FUNAD. O monitoramento realizado pela SENAD é feito a partir dos códigos de recolhimento de receita, divididos da seguinte maneira<sup>40</sup>:

- ✓ Taxa de controle e fiscalização de produtos químicos: receitas de taxa no controle e fiscalização de drogas e medicamentos controlados, bem como de produtos químicos utilizados no fabrico e transformação de drogas de abuso (emissão de registro cadastral, licença de funcionamento e autorização especial, por exemplo);
- ✓ Alienação de bens apreendidos: receitas oriundas da venda de bens declarados perdidos em favor do FUNAD;
- ✓ Numerário apreendido: receita oriunda da decretação do perdimento definitivo de numerários apreendidos provenientes do crime de tráfico de drogas;
- ✓ Tutela cautelar: receitas oriundas da alienação antecipada de bens apreendidos em crimes de tráfico de drogas;
- ✓ Medidas socioeducativas: multas para garantia de medidas educativas relacionadas ao crime de aquisição, guarda, depósito, transporte e porte de drogas para consumo pessoal;

---

<sup>40</sup> Informações adquiridas em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundo-nacional-antidrogas-1/funad-em-numeros/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

- ✓ Multa por auto de infração: receita de multas aplicadas pelo Departamento de Polícia Federal às empresas que comercializam produtos precursores de drogas ou que deixam de cumprir prescrições legais relacionadas com a atividade.

Para compreender a evolução da arrecadação do FUNAD nos últimos anos, apresentar-se-á a Figura 01.

**Figura 1** - Evolução da arrecadação do FUNAD de 2015 a 2020



Fonte: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundo-nacional-antidrogas-1/funad-em-numeros/>.

Acesso: 22 jun. 2020.

Observamos que desde 2015 a arrecadação vem aumentando, entretanto, a arrecadação de 2019 em relação ao ano 2018 mais que dobrou o seu valor. Acreditamos que isso ocorreu devido às mudanças realizadas nas legislações que abrangem a temática das substâncias psicoativas.

Entre as mudanças ocorridas, tem a medida provisória nº 885, convertida na Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019, que promoveu importantes alterações na lei do FUNAD. Foi estabelecida a distribuição, por meio de transferência voluntária, de 20% a 40% dos recursos provenientes da alienação de bens apreendidos em decorrência do tráfico de drogas às polícias estaduais e distritais, responsáveis pela apreensão e que atendam às seguintes condições:

- ✓ Demonstrem a existência de estruturas orgânicas destinadas à gestão de ativos apreendidos nas unidades federativas, capazes de auxiliar no controle e na alienação de bens apreendidos e na efetivação de suas destinações;

- ✓ Estejam regulares com o fornecimento dos dados estatísticos nacionais de repressão ao tráfico ilícito de drogas integrantes de sistema de informações do Poder Executivo.

Ademais, a medida prevê o repasse de até 40% dos recursos provenientes da alienação dos bens apreendidos às Polícias Federal e Rodoviária Federal do Ministério da Justiça e da Segurança Pública que participaram da apreensão (BRASIL, 2019d).

Essas providências foram tomadas no sentido de aprimorar e ampliar a arrecadação do FUNAD, para contribuir com a execução de políticas públicas sobre drogas. Destacamos que por ser um órgão interligado ao Ministério da Justiça o posicionamento corresponde à lógica do proibicionismo predominante no país.

A Lei nº 13.840/2019<sup>41</sup> acrescenta a questão do financiamento das políticas sobre drogas. Em seu artigo 67-A, destaca que “os gestores e entidades que recebam recursos públicos para execução das políticas sobre drogas deverão garantir o acesso às suas instalações; à documentação e a todos os elementos necessários à efetiva fiscalização pelos órgãos competentes” (BRASIL, 2019, s.p). Nesse aspecto, muitos órgãos têm elaborado relatórios de suas fiscalizações, destacando irregularidades em algumas instituições e a precarização na infraestrutura, funcionamento e nas equipes dos locais, a exemplo das CTs.

Contudo, as CTs foram incluídas oficialmente nos serviços de saúde. E mesmo diante de várias denúncias de recusa aos direitos humanos e uniformização na estratégia de tratamento (abstinência) como imposição ao usuário e único caminho apresentado, essas instituições receberam maiores investimentos a partir de 2019, contrariando a luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a proposta da saúde coletiva, através da Redução de Danos, como uma estratégia que visa à integralidade do cuidado ao sujeito.

Para Aragão e Rosa (2019), a inserção das CTs nos serviços de saúde representa mais uma estratégia de desresponsabilização do Estado na execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao capital privado, com efeitos econômicos, políticos, ideológicos e simbólicos para a sociedade e para a cidadania dos sujeitos com problemas relacionados às drogas.

O financiamento federal de CTs vem ocorrendo desde 2011. A decisão do governo federal de apoiar financeiramente as CTs, a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas (Plano Crack), de 2011, visava, entre outras coisas, a desonerar o

---

<sup>41</sup> A Lei nº 13.840/2019 altera a Lei nº 11.343/ 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências.

acesso de usuários problemáticos de drogas a tratamentos, em um momento cuja sociedade e, sobretudo, a mídia apontavam a ocorrência, no país, de uma epidemia de crack (IPEA, 2017).

Iniciado desde 2009, o posicionamento da mídia, somado à pressão dos parlamentares ligados às Frentes Parlamentares “Anticrack”, colocou as comunidades terapêuticas (CTs) na pauta do gabinete da presidente Dilma Rousseff, pressionando o direcionamento do fundo público para essas instituições. Assim sendo, foi aberto espaço para o financiamento de ações desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas e de clínicas particulares de tratamento (OLIVEIRA, 2018).

O *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em conjunto com outras instituições, no ano de 2017, demonstrou que das 28 (vinte e oito) CTs inspecionadas, 18 (dezoito) informaram receber algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal – denotando a presença desse tipo de estabelecimento no rol de entidades que prestam serviços ao poder público. Os documentos demonstraram que é prioritariamente através de recursos destinados a políticas sobre drogas que as comunidades terapêuticas têm acessado recursos federais.

É bom ressaltar que qualquer destinação de recursos públicos deve contar com a fiscalização e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos, o que não foi identificado nas inspeções. Os dados coletados apontam que o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza acaba por resultar na destinação de recursos públicos para locais em que há violações de direitos.

Apesar de todo esse cenário das CTs no Brasil, o Governo Federal aumentou os investimentos de recursos financeiros e garantiu a expansão dessas instituições. Segundo dados do Ministério da Cidadania e do Ministério da Justiça e Segurança Pública, repassados para o *Jornal Nexo*<sup>42</sup>, os investimentos públicos nas CTs se fortaleceram em 2013, sob o governo Dilma, e conseguiram ganhar cada vez mais espaço até os dias hodiernos.

A Lei nº 7.560/1986 funcionará com a inclusão do art. 5º-B<sup>43</sup>, o qual destaca que “a Senat, órgão gestor do Funad, fica autorizada a financiar políticas públicas destinadas às ações e atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas acolhedoras” (BRASIL,

---

<sup>42</sup> Informações adquiridas em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2019/05/16/Como-as-comunidades-terap%C3%AAuticas-ganham-for%C3%A7a-no-Brasil>. Acesso em: 12 dez. 2019.

<sup>43</sup> Incluído pela Lei nº 13.886, de 2019, que promoveu mudanças na lei do FUNAD.

2019d, s.p.). A tendência é o fortalecimento dessas instituições no país, principalmente através das legislações propostas pelo atual governo neofascista<sup>44</sup> no Brasil.

Para Iamamoto (2007), há uma transferência de responsabilidades do Estado para “organizações sociais” e “organizações da sociedade civil de interesse público”, assim como há uma crescente mercadorização do atendimento às necessidades sociais, entre elas a saúde. Em outras palavras, é uma terceirização do papel estatal e um retorno à refilantropização das demandas sociais; e o incentivo à lógica privatista da saúde como meio de acumulação capitalista.

Apesar disso, em concordância com a lógica de expansão e fortalecimento das CTs, o Decreto nº 9.761/2019 - “Nova PNAD” - estimula e apoia, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das CTs e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.

Conforme André Fábio (2019), o investimento nas CTs, em 2019, triplicou (salto para R\$ 148, 86 milhões) em relação ao ano anterior que foi de R\$ 46,1 milhões. Atualmente, uma em cada quatro comunidades terapêuticas do país é financiada pelo Governo Federal<sup>45</sup>. A nova Pnad instituída no atual governo fortalece ainda mais as comunidades terapêuticas, instituições ligadas a entidades religiosas e com a defesa da abstinência, como uniformização no tratamento.

Diante desse contexto de aumento no financiamento das CTs, acreditamos que se retirou investimento na área da saúde para fomentar instituições de caráter privado, dado que a Portaria nº 3.659/2018 suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de diversos serviços da RAPS. No ano seguinte, “coincidentalmente” aumentase o financiamento dessas instituições. A lógica é fortalecer as CTs com a tendência capitalista neoliberal proibicionista; e, por conseguinte, desestruturar a rede dos serviços de atenção psicossocial.

---

<sup>44</sup> Quando destacamos que o governo se apresenta como “neofascista”, não implica dizer que reproduza todas as características desse regime. O discurso que tem sobre os movimentos sociais e políticos, os quais se lhe opõem, sobre as mulheres, as minorias étnicas, a família, a nação e o ocidente configuram-se em um neofascismo adaptado ao Brasil do século 21 (VIEL, 2019).

<sup>45</sup> Esse número tende aumentar, uma vez que o então ministro da Cidadania, Osmar Terra, afirmou que o Governo Federal planeja ampliar, ainda em 2020, o número de vagas em comunidades terapêuticas. De acordo com cálculos apresentados à Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, a expansão de 11 mil para 20 mil vagas exige um investimento de R\$ 92 milhões. Disponível em: <http://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2019-09/governo-quer-dobrar-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 16 dez. 2019.

Diante desse cenário, vê-se a transferência de recursos do fundo público para custeamento das instituições de caráter privado, que têm se legitimado como fortes responsáveis pela assistência ofertada aos usuários de substâncias psicoativas. Contudo, é perceptível também que tal recurso, o qual poderia ser alocado para o equipamento dos dispositivos indicados pela Política de Saúde Mental, torna-se ausente nos serviços da RAPS, a qual sofre com o sucateamento das estruturas físicas, carência de profissionais, dentre outros aspectos que refletem na qualidade do atendimento prestado à população (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Nesse sentido, quando temos as comunidades terapêuticas como instituições parceiras no cuidado ofertado aos usuários de substâncias psicoativas, por outro lado, temos o Estado que se desresponsabiliza da prestação de serviços sociais e realiza transferência de recursos do fundo público para o setor privado.

Ao ser priorizado o estabelecimento dessas parcerias com as comunidades terapêuticas, em detrimento do apoio financeiro que deveria ser ofertado aos serviços do SUS, fica suprimido o aspecto da Redução de Danos, colocado como primordial na execução da própria Política Nacional sobre Drogas, uma vez que as CTs possuem como eixo norteador de sua modalidade de tratamento a precondição da abstinência, em desrespeito ao percurso e possibilidades do consumidor, como destacam Aragão e Rosa (2019):

As comunidades terapêuticas, no afã de ocupar as lacunas deixadas pelo Estado, mostram-se funcionais à fase atual do capitalismo, despolitizando as discussões sobre o fundo público e da cidadania, associada cada vez mais à repressão e ao favor, subtraindo o que a cidadania tem de mais potente, a possibilidade de redistribuir renda e ampliar direitos (ARAGÃO; ROSA, 2019, p. 232):

Na lógica do capitalismo, mais especificamente na fase do neoliberalismo ortodoxo, não basta falar de cidadania e direitos, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social complexo, tal qual nos referimos no âmbito da saúde mental e da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Esse processo se torna ainda mais difícil e complexo devido ao contexto de regressões e ideais neofascistas.

#### 4.4 A TENDÊNCIA À (RE)MANICOMIALIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E DROGAS

A relevância dos Direitos Humanos está centrada na proteção da vida do indivíduo, na compreensão de que as pessoas devem ser respeitadas e seus direitos assegurados, não sendo alvos de discriminação ou violência, por exemplo. Cabendo ao Estado defender tais direitos em meio a uma sociedade democrática, como assegura Santos *et al.* (2017). Todavia, considerando o contexto histórico da saúde mental ainda há muito a ser conquistado e defendido, principalmente no atual cenário brasileiro.

Nos últimos anos, vem ocorrendo um processo de (re)manicomialização na amplitude do campo da saúde mental, principalmente a partir do contexto de “epidemia” das drogas, alardeada pela mídia e por outros setores em 2010, que se consolida ainda mais com as contrarreformas realizadas nas políticas sociais destinadas à saúde mental e às drogas.

A (re)manicomialização representa uma recomposição de forças conservadoras que se refletem em práticas que violam os direitos dos sujeitos com transtornos mentais, preconizados pela lei mais ampla 10.216/2001, como asseguram Passos *et al.* (2020).

Como destaca Moura (2017), os ideais neoliberais no âmbito da saúde mental se apresentam com as mais diversas estratégias e discursos. Há instituições de cunho privado que se identificam como substitutivas ao hospital psiquiátrico, passam a tensionar os princípios da Reforma Psiquiátrica, quando o tratamento oferecido se assemelha ao isolamento e à exclusão com ações de opressão e segregação.

A legislação prevê em suas pautas a responsabilidade pela atenção aos usuários de substâncias psicoativas tanto no âmbito público, através de iniciativas estatais, como também no âmbito privado, cabendo ao SUS o disciplinamento das ações que se referem à questão. O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) prevê, em seu artigo 19, que, nas atividades de prevenção do uso abusivo de drogas, haja o compartilhamento de responsabilidades e colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Para os autores mencionados, ao mesmo tempo em que o Estado traz para si a responsabilidade no estabelecimento de diretrizes, objetivos e custeio do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, abre o precedente para que esse cuidado seja executado por instituições com interesses particulares e objetivos orientados nem sempre para a cidadania ou

o bem público, mas para a lógica de lucro do capital. Em todos os sentidos, os resultados têm uma apropriação privada, até mesmo no plano simbólico, uma vez que podem levar ao sentimento de gratidão pelo recebedor de serviços e seu oferecimento como dádiva, uma fetichização do serviço de saúde como caridade.

Para Guimarães e Rosa (2019), a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para as aglomerações hospitalares e os capitalistas que investem na “indústria da loucura”.

A lógica da institucionalização dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, está inserida no mesmo vestígio histórico das pessoas com transtornos mentais. Sob a justificativa do cuidado moral e assumindo o mesmo papel que a loucura ocupou (e ainda ocupa em nosso país) historicamente, os sujeitos com problemas decorrentes de determinado consumo de substâncias psicoativas são submetidos à privação de liberdade, também sob o falso manto do cuidado (CFP, 2019).

Do ponto de vista do Estado, a prática de internação involuntária e compulsória tem se tornado, para determinadas unidades da federação, uma ferramenta de promoção de higienização das ruas, nas quais a população em situação de rua tem se tornado alvo de ações truculentas e que estão longe do cuidado em saúde. As CTs e os hospitais psiquiátricos são os cenários comuns a esses sujeitos usuários, pois, em nome da saúde, eles são apagados dos tecidos sociais, conforme sinaliza o CFP (2019).

Sobre esse processo, ressaltamos o acontecido em 2017, na cidade de São Paulo, com as medidas do Prefeito João Doria para lidar com a “Cracolândia”. Houve um verdadeiro processo de higienização social nesse espaço, que vai além de visar o fim do fluxo de substâncias psicoativas, mas que faz parte de um projeto do mercado imobiliário. As iniciativas do prefeito não foram pensando em uma alternativa de política pública, uma vez que, como afirma Costa (2017, s.p.), “na Cracolândia, demoliram prédios e gente ao mesmo tempo, como se ambos estivessem na mesma categoria – a de coisa”. Esse processo de coisificação das pessoas não é algo estranho diante da atual conjuntura do capital.

Renato Cinco (2013) considera que a internação como primeira medida representa um grande retrocesso nas conquistas antimanicomiais e de direitos humanos, ainda mais com a imposição de métodos religiosos trazidos pelas instituições privadas, a exemplo das comunidades terapêuticas. Para o autor, a internação sequer é considerada um meio eficiente

pela maior parte dos especialistas. Sua determinação de forma massiva só evidencia os reais interesses existentes em tais políticas. Sabemos que as políticas antimanicomiais de saúde mental e de atenção aos usuários de drogas são inconciliáveis com os interesses higienistas.

No cotidiano das comunidades terapêuticas, há violação de direitos humanos em todos os relatos dos usuários dos serviços; como exemplos, foram registradas(os) a interceptação e a violação de correspondências, a violência física, os castigos, as torturas, as exposições a situações de humilhação, a imposição de credo, a exigência de exames clínicos, como o teste de HIV (exigência esta inconstitucional), as intimidações, o desrespeito à orientação sexual, a revista vexatória de familiares, a violação de privacidade, entre outros. Evidencia-se que a adoção dessas estratégias compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais. Desse modo, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados (CFP, 2011). A estratégia dominante nesses espaços é a busca da abstinência como ideal para a sociedade, sem que haja uma discussão das particularidades, singularidades e contextos dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas.

A (re)manicomialização dos sujeitos, através das medidas de internação involuntária e das comunidades terapêuticas inseridas oficialmente como serviço de saúde, faz parte da perspectiva coercitiva e repressiva do Estado que atende à ideologia proibicionista. Concordamos com Brites (2006), quando destaca que

As formas históricas com que a sociedade brasileira enfrenta a agudização de seus conflitos econômicos e políticos. A relação antagônica entre as classes na sociedade brasileira tem sido refratária a mudanças estruturais que atendem as classes dominadas, mesmo quando estas não significam ameaças concretas à ordem burguesa. A história brasileira é rica em processos caracterizados por essa refração e que expressam as marcas do conservadorismo das elites dominantes que vêm orientando as políticas econômicas e sociais implementadas pelo Estado Nacional (BRITES, 2006, p. 72).

O atual modelo de sociedade individualista e competitiva, a restrição dos espaços de lazer e o mercado de produção crescente de substâncias psicoativas somam-se negativamente para fortalecer a tendência a resolvermos nossos problemas preferencialmente pela via química (ACSELRAD, 2005).

A construção das políticas sobre drogas ainda é muito influenciada pelo modelo norte-americano sob as medidas repressivas.

Entre nós, soma-se negativamente a noção ‘usuário é um doente’ à noção ‘usuário de drogas ilícitas é um marginal’. A perspectiva de eliminação do problema rapidamente sugere a eliminação, a exclusão dos próprios sujeitos. Trata-se de um discurso paradoxal, que considera o usuário um doente e propõe como tratamento, no mínimo, sua marginalização, amparado sem dúvida no discurso da lei que reconhece a doença e propõe como tratamento a privação da liberdade (ACSELRAD, 2005, p. 198).

O discurso dominante sobre as drogas tem se caracterizado pela perspectiva autoritária, afirmando o desígnio de alcançar o “bem comum”, mesmo que alguns tenham que morrer para isso. De acordo com Medeiros (2019), evidencia-se a funcionalidade de um sistema de controle, cujas repressão e punição aparecem como formas pelas quais o Estado atua sobre determinados segmentos da sociedade e se apresentam sobretudo quando olhamos para quem são esses sujeitos que estão sendo mortos e encarcerados em nome da proibição de certas substâncias.

Esse contexto se torna mais conservador e regressivo em 2019, quando a sociedade civil foi retirada do CONAD – exemplo da democracia blindada na contemporaneidade; assim como alguns órgãos, entre eles, a Ordem de Advogados do Brasil, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Medicina. Para Noelle (2019), essa atitude reforça uma perspectiva focada não mais no cuidado às pessoas, mas, na criminalização e repressão ao uso de substâncias psicoativas.

De acordo com o CFESS (2019), a medida autoritária e antidemocrática constitui um retrocesso na Política sobre Drogas do país, não só por excluir a participação de quem mais está envolvido e lida com essas questões no cotidiano, isto é, a sociedade civil e especialistas no debate, mas também por querer impor um modelo de combate ao uso de drogas violento e punitivo, que visa trancafiar o sujeito usuário em comunidades terapêuticas que, em sua maioria, se assemelham a manicômios violadores dos direitos humanos fundamentais e já denunciados em outras ocasiões, a exemplo do processo da (re)manicomialização.

O impedimento da participação do Serviço Social e de outras categorias profissionais da saúde dos debates do Conad é, sem dúvida alguma, uma tentativa de silenciar a opinião técnico-científica de profissionais que têm apontado caminhos alternativos para a questão das drogas no país (CFESS, 2019).

Brites (2013) destaca que o uso das drogas e a violência associada ao narcotráfico são, na maioria das situações acolhidas nos serviços de saúde e de assistência social, apenas parte das necessidades apresentadas pelos usuários e seus familiares. A realidade dessas pessoas muitas vezes é determinada por trajetórias marcadas pelo abandono, desproteção e violação de

direitos, que envolvem precárias ou ausência de condições de moradia, de renda, de educação, de saúde, entre outras necessidades de reprodução social.

Conforme Acselrad (2005), a ausência de respostas por parte do Estado brasileiro às diferentes e complexas questões articuladas às substâncias psicoativas não pode mais ser tolerada, nem deve tampouco ser respondida de modo superficial. A sociedade precisa de uma política voltada para os usos problemáticos. E esta deve ser respeitosa dos direitos de cidadania e precisa estar baseada em uma ética de uso equilibrado e responsável, tendo em vista os padrões de consumo atuais incorporados pela sociedade capitalista.

Portanto, é urgente e necessária a assiduidade do processo da Reforma Psiquiátrica em nosso país, com a ampliação e a qualificação dos serviços de saúde, com capacidade para oferecer e assegurar tratamento digno e de qualidade, resguardando os pressupostos dos direitos humanos. Deve haver uma mudança nas políticas públicas direcionadas às substâncias psicoativas e um aprofundamento na leitura sobre as diferentes dimensões dessa questão. Respondendo-as à altura do problema apresentado e que também estejam igualadas ao patamar civilizatório que a sociedade deseja alcançar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho trilhado na presente dissertação para analisar as tendências para o tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas, durante o governo de Dilma Rousseff (2010-2016), o de Michel Temer (2016-2018) e o primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro (2019), suscitou que analisássemos inicialmente a relação entre saúde mental e capitalismo. A partir do contexto capitalista, há um agravamento nas expressões da questão social e um aumento nos efeitos sobre a saúde dos trabalhadores.

As transformações societárias ocorridas a partir dos anos 1970 redesenhou o perfil do sistema capitalista contemporâneo e trouxe mudanças com o tripé – reestruturação produtiva, mundialização e neoliberalismo. A reestruturação produtiva sob a mundialização do capital incorpora as perversidades da lei geral de acumulação capitalista no seu processo de financeirização, no sentido de enfraquecer o mundo do trabalho e a perspectiva de classe.

Entre as mudanças no mundo do trabalho, está a flexibilização que, além de interferir no cotidiano dos trabalhadores, ainda age na subjetividade destes, enquanto seres humanos. Conforme a lógica capitalista, a flexibilização possibilita domar a força de trabalho – mercadoria – da classe trabalhadora.

O neoliberalismo com seu ideário de Estado máximo para o capital e mínimo para a classe trabalhadora, a ênfase na individualidade, os superlucros, entre outros aspectos provocaram o aumento de transtornos mentais advindos do ambiente de trabalho, sobretudo pela precarização existente. E isso porque é uma lógica contrária aos ideais de coletivismo e solidariedade, com incentivo à competição, fazendo com que os trabalhadores não se reconheçam enquanto uma classe.

No contexto hodierno de regressões, torna-se imprescindível a organização e a mobilização dos movimentos em torno das questões que envolvem os direitos da classe trabalhadora, principalmente a defesa da saúde. Assim, alguns sujeitos coletivos, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, entre outros, têm articulado e mobilizado os trabalhadores em saúde, usuários e intelectuais na defesa pela saúde pública, integral e de qualidade.

Sobre a Reforma Psiquiátrica, destacamos a ênfase na luta pela superação do modelo tradicional hospitalocêntrico e de outras formas de violência asilar. Como conquista do

conjunto de sujeitos, instituições e outros, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em nosso país, em 2001. Entretanto, ressaltamos que a legislação aprovada pelo congresso é diferente do projeto inicial, devido ao jogo de interesses, negociações e conflitos nesse campo.

Desse modo, a PNSM é constituída por uma mesclagem entre o novo – diferentes abordagens sobre o tratamento das pessoas com transtornos mentais; e o velho – ações conservadoras baseadas no modelo asilar e as disputas de classes. Apesar desse contexto, a legislação deve ser considerada como uma conquista para os sujeitos que historicamente tiveram seus direitos negados.

Ao avançar na direção de mecanismos alternativos e humanizados no processo de tratamento, acontece o processo de desinstitucionalização através, por exemplo, do Programa “De Volta para Casa” e dos Serviços de Residências Terapêuticas. Há também a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a ampliação de diversos serviços para os sujeitos com transtornos mentais, decorrentes do sofrimento psíquico ou de problemas relacionados a um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas. Apesar de haver controvérsias nos direcionamentos apresentados nos serviços ofertados pela RAPS, devemos nos fortalecer para defender essa rede de atenção à saúde da classe trabalhadora, principalmente no contexto que vivenciamos no país.

Após a entrada do governo ilegítimo de Michel Temer com seus ideais neoliberais ortodoxos, houve diversos retrocessos no campo da saúde mental, a exemplo da Resolução 32/2017; no âmbito das substâncias psicoativas, aprovou-se a Resolução 01/2018, como foi detalhado no decorrer desta dissertação. A “nova PNSM”, como foi denominada, contribui com a lógica do capital, porque desrespeita os pressupostos dos direitos humanos e retrocede para um cenário de décadas.

Essas ações contribuem para a mercantilização e até mesmo a expropriação dos direitos sociais da classe trabalhadora, no contexto de neoliberalismo ortodoxo, o qual proporciona a segmentação das demandas e dos direitos das pessoas, com respostas imediatas sem considerar a abrangência e a conexão entre as diversas situações.

O capital imperialista neoliberal provoca o sucateamento dos espaços públicos, a desestruturação das políticas sociais, o sub e o desfinanciamento dessas políticas, como meio de contribuir para a lógica mercantilista que circunda os direitos sociais à saúde.

Destacamos o processo de desfinanciamento da saúde que, desde sua construção na CF/88, sofre ofensivas do capital no sentido de torná-la mercadoria, a exemplo da Emenda

Constitucional nº 95/2016, a qual congelou até 2036 todos os gastos primários, entre eles, a saúde. Essa medida expressa a pretensão de desmonte do SUS e a propagação da insustentabilidade desse sistema. Apresentando-o como sendo precário e falido, sem relacioná-lo com os problemas de gestão, de sub e desfinanciamento, da corrupção nesse âmbito, entre outros elementos condizentes nesse processo. Enfim, a EC/95 representa a perfeita sintonia do Estado com a lógica do capitalismo contemporâneo, sob a supremacia do capital financeiro e a proposta de privatizar nosso maior patrimônio – o SUS.

Ainda sobre as ações retrógradas do então governo, a contrarreforma da PNSM é representada pela intensificação do neoconservadorismo através do retorno aos hospitais psiquiátricos e da inserção de instituições privadas, as comunidades terapêuticas, nos serviços de saúde.

Em relação aos hospitais psiquiátricos, vimos, ao longo desta pesquisa, que são instituições que violam os direitos humanos e não assistem os usuários dos serviços com integralidade. Por conseguinte, contrariam toda a luta antimanicomial construída no país desde os anos de 1970.

Já as Comunidades Terapêuticas, correspondem à lógica de encarcerar os indivíduos com problemas decorrentes de um determinado padrão de consumo das substâncias psicoativas, atendendo aos pressupostos da ideologia proibicionista, na qual o Estado, quando não consegue punir legalmente os usuários, enclausura-os nessas instituições.

O proibicionismo está presente nas legislações sobre a temática das substâncias psicoativas. E apesar de não atingir o objetivo proposto, ainda é alimentado e fortalecido pelas ações conservadoras das políticas direcionadas para essa questão. Conforme Teixeira *et al.* (2017), as políticas sobre drogas não deveriam ter como foco somente o seu uso ou tentativa de eliminar sua produção, mas, sim, investir na educação com informação nítida sobre seus efeitos, a fim de que os sujeitos possam usar as substâncias psicoativas sem causar maiores danos à sua vida. E para aqueles que fazem uso prejudicial, é preciso que seja garantido o acesso ao cuidado no modelo da atenção psicossocial, a partir da premissa da Redução de Danos.

A perspectiva de Redução de Danos aparece nas regulamentações da PAIUAD e na RAPS, através do CAPSAD, com vistas à preservação da vida, respeito às particularidades, às singularidades dos indivíduos e aos contextos sociais em que estão inseridos. No entanto, destacamos que essas políticas também apresentam a lógica hegemônica do proibicionismo, a qual, favorece a conjuntura capitalista, uma vez que, em entrelinhas reforçam o combate à

oferta e à procura das substâncias psicoativas, principalmente diante das ações repressivas e conservadoras.

O proibicionismo tem ocasionado o superencarceramento das penitenciárias brasileiras, a morte de muitos jovens, principalmente negros e pobres. Essa abordagem trata o consumo abusivo das substâncias psicoativas como caso de polícia, em que há uma constante guerra a se vencer.

Assim, ressaltamos que o campo das regulações sociais em torno da questão das substâncias psicoativas é permeado por disputas e conflitos. A convivência entre a perspectiva do proibicionismo e a da saúde coletiva no âmbito das políticas de drogas vem sendo marcada por nítidos retrocessos e violação de direitos humanos.

No nosso estudo, identificamos as tendências ao tratamento dos sujeitos com problemas ligados a um determinado padrão de relação com substâncias psicoativas. Assim, vimos inclinações como: a ideologia proibicionista, o encarceramento dos sujeitos e a mudança na forma de financiamento.

As ideologias do proibicionismo e da abstinência levam ao ocultamento das reais determinações que advêm sobre a relação dos indivíduos com as substâncias psicoativas, no modo de produção capitalista estas são tornadas mercadorias e submetidas à lógica do mercado. No contexto hodierno do capital, a decadência ideológica do proibicionismo tem contribuído com a legitimação da perspectiva moralista e com a criminalização dos usuários de substâncias psicoativas.

O proibicionismo tem limitado as ações no campo da saúde coletiva e criado tendências para o tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas, o que corresponde à lógica conservadora presentes nas políticas sociais brasileiras, como foi destacado no decorrer da dissertação.

O contexto de intensificação da política de guerra às drogas coincide com o momento de intensificação da racionalidade neoliberal. Veiculado pela mídia, em seus diversos meios de comunicação, há uma naturalização da desigualdade, moralização das expressões da “questão social”, estímulo a práticas fascistas com o uso da repressão, armamento e higienização social.

O discurso hegemônico sobre as substâncias psicoativas tem se caracterizado pela perspectiva autoritária, com a defesa de um suposto “bem comum”, quando na verdade não há preocupação, se para alcançar esse desígnio, tenha que encarcerar os usuários ou até mesmo morrer inocentes.

Sobre o encarceramento através da internação involuntária e a composição das comunidades terapêuticas, destacamos que as inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) nessas instituições denunciam a violação de direitos humanos, a imposição ao credo religioso e a estratégia predominante da abstinência, como ideal para uma sociedade “livre das drogas” sem considerar as particularidades e singularidades dos sujeitos.

Em relação à imposição religiosa como uma das medidas adotadas por essas instituições, ressaltamos que não se trata de algo novo, visto que a responsabilidade da religião por expressões da questão social se deu historicamente em nosso país.

A prática dessas internações tem se tornado uma ferramenta de promoção de higienização das ruas; os sujeitos são considerados uma ameaça para a idealização do cenário urbano, como ocorrido em algumas cidades do país em momentos de grandes eventos, festejos e datas importantes para a burguesia brasileira.

Sobre a inclusão das Comunidades Terapêuticas nos serviços de saúde, destacamos que representa mais um modo de transferência de responsabilidade do Estado na execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao capital, com efeitos nos diversos segmentos da sociedade. Apesar das várias denúncias de recusa aos direitos humanos e uniformização na estratégia de tratamento (abstinência), essas agências receberam maior financiamento a partir de 2019, contrariando a luta da Reforma Psiquiátrica no país e a proposta da saúde coletiva numa perspectiva de integralidade do cuidado ao sujeito.

Assim, ao mesmo tempo em que há transferência de recursos do fundo público para custeamento das instituições de caráter privado, ocorre também a redução nos investimentos na área da saúde pública; obviamente sendo proporcional à lógica mercadológica da saúde resguardada pelo capital neoliberal.

Esse processo se torna ainda mais difícil e complexo devido aos retrocessos realizados nas diversas políticas sociais e aos ideais neofascistas no atual contexto brasileiro. Como exemplo de medidas autoritárias, houve a exclusão da sociedade civil e outros órgãos representantes de determinadas categorias profissionais do CONAD.

Essa medida constitui um retrocesso na Política sobre Drogas no Brasil, uma vez que exclui a participação dos envolvidos na temática e daqueles que trabalham com essas questões no cotidiano; também propõe um modelo de estratégia ao tratamento de substâncias psicoativas, repressivo e conservador, com vistas a enclausurar os usuários em instituições que, verdadeiramente, assemelham-se a manicômios.

Esse impedimento da participação dos profissionais de Serviço Social e de outras categorias de profissionais da saúde dos debates do Conad é uma maneira encontrada pelo Governo de desviar a apreciação científica de profissionais que compreendem a complexidade da questão e propõem caminhos alternativos que se diferem daqueles apresentados pela hegemonia proibicionista.

O atual contexto regressivo para a democracia e de expropriação dos direitos sociais exige uma reflexão ética e posicionamento profissional da categoria dos assistentes sociais sobre as nefastas implicações do proibicionismo em nosso país.

Torna-se cada vez mais premente a difusão de uma nova abordagem da questão das substâncias psicoativas a partir de argumentos baseados na autonomia e garantia de direitos humanos e sociais, capazes de subsidiar a compreensão do fenômeno do uso e abuso de substâncias psicoativas a partir de uma conjuntura social e de saúde pública (CARVALHO *et al.*, 2008). Esse caminho deve ser entendido como parte de um movimento que compreende a complexidade e a abrangência da temática e propõe direcionamentos condizentes com os direitos humanos e sociais e também com a integralidade do cuidado com o outro.

Portanto, é necessária uma avaliação das legislações brasileiras e conseqüentemente das políticas direcionadas à temática, tendo como pano de fundo a decadência ideológica do proibicionismo, apostando em novos formatos de políticas sociais que atendam às demandas dos sujeitos individuais e coletivos.

Por fim, a luta antimanicomial e antiproibicionista em nosso país é contínua, necessária, desafiadora e nessa atual conjuntura exige nossa resistência para a defesa dos Direitos Humanos, sociais e a toda forma de retrocesso neofascista. Nosso horizonte deve ser a emancipação humana diante do modo de produção capitalista, o qual ocasiona o adoecimento dos sujeitos devido ao processo de precariedade da saúde em geral, da saúde mental, do trabalho e das condições de vida. Só assim esse tipo de emancipação humana nos possibilitará a construção de outro modo de sociabilidade.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M. B. C. Trabalho, sindicato, saúde e serviço social: crise do capital e desafios para a classe trabalhadora. *In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (orgs.). O avesso do trabalho IV: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho*. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2017.
- ACSELRAD, G. org. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. *In: Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos [online]*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- ALBUQUERQUE, C. S. *et al.* A questão das drogas e o serviço social: entre o conservadorismo e a defesa dos direitos de cidadania dos usuários de drogas. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas – Para além da crise global: experiências e antecipações concretas**. Universidade Federal do Maranhão – UFMA, 2015.
- ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**. São Paulo: Editorial Boitempo, 2005.
- ALVES, G. **O duplo negativo do capital: ensaio sobre a crise do capitalismo global**. Bauru: Canal 6, 2018a.
- ALVES, G. (org.). **Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal**. Bauru: Canal 6, 2018b.
- ALMEIDA, R. **O SUS e a baixa ocupação de leitos psiquiátricos: prejuízo ou política bem sucedida?** CEE – FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/1103>. Acesso em: 30 jan. 2020.
- ALVARENGA, R.; SILVEIRA, J. I.; TEIXEIRA, D. S. G. Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 123-136, 2018.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995a.
- AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul./Set., 1995b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, ed. 23., 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en\\_1413-8123-csc-23-06-2067.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-2067.pdf). Acesso em: 02 set. 2020.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo; Boitempo, 2018a.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. **O novo proletariado de serviço**. Monthly Review, v. 69, Ed. 11. 2018b. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2018/04/01/the-new-service-proletariat/>. Acesso em: fev. de 2020.

ARAGÃO, I.; ROSA, L. C. S. Política sobre drogas e neoliberalismo: comunidades terapêuticas e debate no serviço social. **Revista Temporalis**, ano 19, n. 37, p. 222-238. Brasília, 2019.

ARAÚJO, R. C. C.; DUARTE, M. J. O. Criminologia Crítica, Drogas e Saúde Mental: integrando saberes. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOPMES, T. M. S. (orgs.). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmads/15248/>. Acesso em: 02 set. 2020.

BARBOZA, F. L. G. **Internação compulsória individual ou coletiva dos dependentes de crack**: o discurso do estado e do serviço social. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014.

BARCELLOS, W. S. Histórico das Políticas sobre Drogas no Brasil: desafios frente à reação conservadora. In: BARCELLOS, W. S.; DIAS, M. T. G.; HEIDRICH, A, V. (orgs.). **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

BARDI, G. Capitalismo, proibicionismo e políticas sobre drogas: traçando relações que se estabelecem. In: GARCIA, M. L. T.; DENADAI, M. C. V. B. (orgs.). **Família, saúde mental e política de drogas**: temas contemporâneos. São Paulo: Annablume, 2018.

BARROCO, M. L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, 2015.

BARROCO, M. L. S. Direitos Humanos ou emancipação humana? **Revista Inscrita**. CFESS, Brasília, ano 10, n. 14, 2013.

BARROCO, M. L. S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun., 2011.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. *In:* BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. L. (orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BERNARDES, R. M. Políticas públicas e drogas no Brasil: debates e tendências. **II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais** – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2017.

BOITEUX, L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. *In:* Dossiê sobre drogas e direitos humanos. **Revista Internacional de Direitos Humanos (Sur)** v.12, n. 21, ago., 2015. Disponível em: [https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/09/Sur-21\\_completo\\_pt.pdf](https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/09/Sur-21_completo_pt.pdf). Acesso em: 09 nov. 2020.

BOITEUX, L. A proibição como estratégia racista de controle social e a guerra às drogas. **Revista Le Monde diplomatique – Brasil**, 145. ed., 2019. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/a-proibicao-como-estrategia-racista-de-controle-social-e-a-guerra-as-drogas/>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BORGES, D. **Ministério da Saúde aprova retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental**, 2017. Disponível em: <http://www.esquerdadiario.com.br/Ministerio-da-Saude-aprova-retrocessos-na-Politica-Nacional-de-Saude-Mental>. Acesso em 15 ago. 2018.

BOSCHETTI, I. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. *In:* BOSCHETTI, I. (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

BRANDÃO, B.; CARACHO, M. A nova política nacional sobre drogas e as comunidades terapêuticas. **Revista Le Monde diplomatique – Brasil**, 145. ed., 2019. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/a-nova-politica-nacional-sobre-drogas-e-as-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.260, de 16 de março de 2016**. Regulamenta o disposto no inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal, disciplinando o terrorismo, tratando de disposições investigatórias e processuais e reformulando o conceito de organização terrorista; e altera as Leis nº 7.960, de 21 de dezembro de 1989, e 12.850, de 2 de agosto de 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113260.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113260.htm). Acesso em: 16 jun. 2020.

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. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de**

Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC). Brasília, 2010a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%207179&text=DECRETO%20N%C2%BA%207.179%2C%20DE%2020%20DE%20MAIO%20DE%202010.&text=Institui%20o%20Plano%20Integrado%20de,que%20lhe%20confere%20o%20art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%207179&text=DECRETO%20N%C2%BA%207.179%2C%20DE%2020%20DE%20MAIO%20DE%202010.&text=Institui%20o%20Plano%20Integrado%20de,que%20lhe%20confere%20o%20art.). Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, 2010b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_4\\_conferencia\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%201,%20de%2019%2008%202015.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27624178\\_RESOLUCAO\\_N\\_1\\_DE\\_9\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx). Acesso em: fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 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. Brasília, 2019c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019**. Dispõe sobre mudanças nas legislações existentes para acelerar a destinação de bens apreendidos ou sequestrados que tenham vinculação com o tráfico ilícito de drogas. Brasília, 2019d. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13886.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13886.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986.** Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundo-nacional-antidrogas-1>. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html#:~:text=EF%BB%BFRESOLU%C3%87%C3%83O%20%2D%20RDC%20N%C2%BA%2029,ou%20depend%C3%Aancia%20de%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html#:~:text=EF%BB%BFRESOLU%C3%87%C3%83O%20%2D%20RDC%20N%C2%BA%2029,ou%20depend%C3%Aancia%20de%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas). Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Brasília, 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm). Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** Conversão da Medida Provisória nº 656, de 2014. Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm). Acesso em 19 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017.** Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm#:~:text=Altera%20dispositivos%20da%20Lei%20n,presta%C3%A7%C3%A3o%20de%20servi%C3%A7os%20a%20terceiros.&text=%E2%80%9CArt.,-2%C2%BA%20Trabalho%20tempor%C3%A1rio](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm#:~:text=Altera%20dispositivos%20da%20Lei%20n,presta%C3%A7%C3%A3o%20de%20servi%C3%A7os%20a%20terceiros.&text=%E2%80%9CArt.,-2%C2%BA%20Trabalho%20tempor%C3%A1rio). Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN** atualização junho de 2017b. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD.** 2020. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundo-nacional-antidrogas-1>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm). Acesso em: 24 out. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.** Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 24 out. 2019.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm#:~:text=Autoriza%20o%20Poder%20Executivo%20a,Penal%3B%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm#:~:text=Autoriza%20o%20Poder%20Executivo%20a,Penal%3B%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias). Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. **Portaria/GM nº 3088, 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 e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**, 2018. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n). Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). *In: Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.* Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD).** Brasília, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 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. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. Diário

Oficial, 2002. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf> Acesso em: 26 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria/GM nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html) Acesso em: 02 set. 2020.

BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio histórico. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentun**, Vitória, v. 10, n. 1, p.9-23, jan./abr., 2018.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. *In*: “As políticas brasileiras de Seguridade Social-Saúde”. *In*: **CFESS/CEAD**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/CFESS, 2000.

BRITES. C. M. **Ética e uso de drogas**: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC). São Paulo, 2006.

BRITES. C. M. Internação compulsória: um canto de sereias. **Revista Inscrita** – CFESS, Brasília – Ano 10, n.14, 2013.

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

BROCHARDT, K. T. C. **Projeto ético-político do serviço social e emancipação humana**: uma análise a partir dos posicionamentos do CFESS, no contexto de radicalização conservadora sobre a política brasileira entre 2016 e 2018. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco – Recife, 2018.

CARCANHOLO, M. D.; BARUCO, C. C. A estratégia neoliberal de desenvolvimento capitalista: caráter e contradições. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, p. 9-23, jul-dez, 2011.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, São Paulo, v. 6, p.115-128, 2002.

CARNEIRO, H. Drogas: muito além da hipocrisia. **Outras palavras**, 2011. Disponível em: <https://outraspalavras.net/sem-categoria/drogas-muito-alem-da-hipocrisia/>. Acesso em: 25 jul. 2020.

CARNEIRO, H. **Drogas**: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CARNUT, L.; MENDES, A. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Revista Ser Social** n. 46, jan-jun, 2020a.

CARNUT, L.; MENDES, A. Carnaval, ‘fechamento do Congresso’, neofascismo e saúde. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. **Domingueira**, n. 8, fev., 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-08-fevereiro-2020?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2020b.

CASTELO, R. **O social liberalismo: auge e supremacia burguesa na era neoliberal**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CASULO, A. C. O Brasil e a nova ordem neoliberal: impactos na saúde mental da classe trabalhadora. In: ALVES, G.; CASULO, A. C. (orgs.) *et al.* **Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal**. Bauru: Canal 6, 2018.

CAVALCANTE, M. P. A cidadania como campo de disputa das classes subalternas. **II Jornada Internacional de Políticas Públicas – Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania**. Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís – MA, 2005.

CARVALHO, D. B. B.; ROCHET, J.; PAULINO, F. O. Política Pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional. In: BOCHETTI, I. *et al.* (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CINCO, R. O debate sobre a legalização das drogas: a falência da política proibicionista. In: **Revista Inscrita – CFESS**, ano 10, n. 14. Brasília, 2013.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Internação compulsória e *crack*: um desserviço à saúde pública. **Revista Saúde debate**: Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr-jun, 2014.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Brasília, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Relatório de inspeções**: 2018. 1. ed. Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **O debate contemporâneo sobre os usos de drogas**. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011\\_SSdebateusosdrogas\\_APROVADO.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_SSdebateusosdrogas_APROVADO.pdf) Acesso em: 15 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Proibir e Trancar não resolve**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013\\_diainternacionalcontraabusodedrogas.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013_diainternacionalcontraabusodedrogas.pdf). Acesso em: 15 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. O estigma do uso de drogas. *In*: SÉRIE - ASSISTENTE SOCIAL NO COMBATE AO PRECONCEITO. **Caderno 2**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Nota de repúdio à retirada da participação popular do Conad**, 2019. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596?fbclid=IwAR08STDeZUKWiOO5jxgfuZS\\_ybkKrm5uV5vSxy9zALDsraFBPTGzSTPI\\_1I](http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596?fbclid=IwAR08STDeZUKWiOO5jxgfuZS_ybkKrm5uV5vSxy9zALDsraFBPTGzSTPI_1I). Acesso em: fev. de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CPF). **Relatório de inspeções**: 2018. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, 2017.

COSTA, L. **Cracolândia**: Dória, um prefeito que não entende de gente. 2017. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/05/26/politica/1495830499\\_134676.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/05/26/politica/1495830499_134676.html). Acesso em: 01/08/2018.

COSTA, M. D. H. **Serviço social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, 2010.

COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade**: entre a inovação e o conservadorismo. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

COSTA, T. C. R. A política de saúde mental na atualidade e o avanço do conservadorismo. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 11, n. 2, p. 163-178, maio/ago. 2019.

COUTINHO, G. F. A terceirização é o gatilho neoliberal impiedoso contra a classe trabalhadora: mata, mutila corpos humanos e dilacera a organização coletiva obreira. *In*: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (orgs.). **O avesso do trabalho IV**: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2017.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e Trabalho**. Tradução: Franck Soudant. Paralelo 15, 2010.

DEMIER, F. **Depois do golpe**: a dialética da democracia blindada no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DEMIER, F.; MELO, D. Onda conservadora, crise orgânica e cesarismo de toga no Brasil. *In*: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. L. (orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?** 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Rio de Janeiro, 2015.

DENADAI, M. C. V. B. Legislações sobre a temática droga propostas no âmbito do congresso nacional brasileiro. *In*: GARCIA, M. L. T.; DENADAI, M. C. V. B. (orgs.). **Família, saúde mental e política de drogas: temas contemporâneos**. São Paulo: Annablume, 2018.

DIAS, E. F. Cidadania e racionalidade de classe. **Revista Universidade e Sociedade**. Ano VI, n. 11, junho de 1996.

DIAS, M. T. G. A. **Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto alegre, 2007.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo; Boi tempo, 2010.

FÁBIO, A. C. **Como as comunidades terapêuticas ganham força no Brasil**. Nexo, 2016. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/05/16/Como-as-comunidades-terap%C3%AAuticas-ganham-for%C3%A7a-no-Brasil>. Acesso em: 06 dez. de 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – FEBRACT. **Sancionada a nova lei sobre drogas pelo Presidente – PLC 37/2013 é agora a nova lei 13.840/2019**. 2019. Disponível em: <http://febract.org.br/portal/sancionada-lei-13840-2019-sobre-politica-de-drogas/>. Acesso em: 19 dez. 2019.

FERGUSON, I. **Politics of the mind: marxismo and mental distress**. Bookmarks Publications, 2017.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 5ª ed. São Paulo: globo, 2006.

FIGLIARELLI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**, n. 92, mar., 2012.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. *In*: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FONTE, V. **O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história**. Rio de Janeiro: EPSJV. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, 2010.

FUNDAÇÃO COGE (COMITE DE GESTÃO EMPRESARIAL). **Relatório de Estatísticas de Acidentes de Trabalho no Setor Elétrico Brasileiro, 2013**. Disponível em: <http://www.relatorio.funcoge.com.br/>. Acesso em: 11 out. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICICT). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Organização: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos *et al.* Rio de Janeiro: Fiocruz, Icict, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 22 ago. 2019.

GARCIA, L. *et al.* Política Nacional de Saúde Mental e a organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013.

GERRA, G. Tratamento da dependência de drogas: da coerção à coesão. In: UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNDOC). **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime**, 2013. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/04/08-treating-drug-dependence-from-coercion-to-cohesion.html>. Acesso em: 14 out. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ªed. São Paulo – Atlas, 2010.

GRANEMANN, S. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. **Em Pauta**, Rio de Janeiro: UERJ, n. 20, 2017.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - Ano XXII – n. 44 - maio a ago./2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 07 out. 2020.

HEIDRICH, A. V. Balanço da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial Brasileira. In: DUARTE, M. J. O. *et al* (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do sul. Porto Alegre, 2007.

HOLOCAUSTO brasileiro. **Documentário**. Produção de Daniela Arbex e Armando Mendz e baseado no livro homônimo de Daniela Arbex. (Duração de 1h e 30 min.). Minas Gerais- MG, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=y6yxGzlXRvg>. Acesso em 21 fev. 2019.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. Texto base da palestra: A política nacional de fiscalização do exercício profissional e os espaços ocupacionais: avanços e desafios. XXX Encontro Nacional do CFESS-CRESS, Belo Horizonte/MG, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. Ensaios críticos. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Nota técnica nº 21 – Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília, 2017.

KOSÍK, K. **Dialética do concreto**. 1926. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

JUNIOR, C. P. **Formação do Brasil contemporâneo**. Editora Brasiliense, 1961.

LACAZ, F. A. C. Terceirização, seguridade social e saúde do trabalhador. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (orgs.). **O avesso do trabalho IV**: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2017.

LEÃO, I. Z. C. C. A ideia de Brasil moderno, de Octávio Ianni. **Revista Economia & Tecnologia (RET)**. v. 8, n. 3, p. 20-40, jul.-set., 2012.

LEVY, Clarissa. **Ministério da Cidadania escolhe sem edital grupo aliado para fazer nova pesquisa sobre drogas**. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/03/09/ministerio-da-cidadania-pesquisa-sobre-drogas/>. Acesso em: 10 maio 2020.

LIMA, Rita de Cassia Cavalcante; TAVARES, Priscilla. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao *crack* e proibicionismo. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez., 2012.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. Tradução Nélio Schneider, com a colaboração de Ivo Tonet e Ronaldo Vielmi Fortes. São Paulo: Boitempo, 2013.

MACAMBIRA, D. D. C. B.; TEIXEIRA, S. M. A saúde mental do trabalhador na era do capitalismo monopolista. **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**: um século de Reforma e Revolução. Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luiz - MA, 2017.

MACHADO, F. G. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no estado brasileiro**: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 801-821, jul.-set., 2007.

MADRUGA, C. E. **Internação compulsória e serviço social**: negação ou garantia de direitos? UNIJUÍ, 2013. Ijuí – RS. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2112/TCC%20-%20Camila%20Eichelberg%20Madruga.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 jun. 2014.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MANDEL, E. **A crise do capital**: os fatos e a sua interpretação marxista. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1990.

MANNHEIM, K. **Essays on sociology and social psychology** (cap. II: “Conservative Thought”), routledge and Kegan Paul Ltd., Londres, 1959, p. 74-119. Tradução de Sylvia Lyra.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Tradução de Álvaro Pina. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política (livro 1: o processo de produção do capital). Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTHEWS, D. Capitalismo e Saúde Mental. **Revista Monthly Review and Independent Socialist Magazine**, v. 70, n. 8, jan., 2019.

MATTOS, M. B. **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017.

MAURIEL, A. P. Estado e expropriações no capitalismo dependente. *In*: BOSCHETTI, I. (orgs.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

MAZZEO, A. C. **Estado e burguesia no Brasil**: origens da autocracia burguesa. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

MEDEIROS, F. Políticas de vida e de morte no controle proibicionista das drogas. **Revista Le Monde diplomatique – Brasil**, ed. 145, 2019. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/politicas-de-vida-e-de-morte-no-controle-proibicionista-das-drogas/>. Acesso em: 18 fev. 2020.

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz - CEE**, 2017. Disponível em: [http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo\\_Aquilas\\_Mendes.pdf](http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf). Acesso em: 03 set. 2020.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018.

MONTEIRO, K. D.; UWAI, A. L. V. **Organização prevê aumento de casos de HIV com nova política de drogas de Bolsonaro**. 2019. Disponível em: <http://www.justificando.com/2019/05/02/organizacao-preve-aumento-de-casos-de-hiv-com-nova-politica-de-drogas-de-bolsonaro/>. Acesso em: 12 dez. 2019.

MOTA, A. E. S. **Cultura da Crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

- MOTA, A. E.; AMARAL, Â. Serviço Social brasileiro: cenários e perspectivas nos anos 2000. *In*: MOTA, A. E.; e AMARAL, Â. (orgs.). **Serviço Social brasileiro nos anos 2000**. Recife: Editora UFPE, 2014.
- MOURA, H. C. E. As transformações sócio-históricas da política de saúde e saúde mental no Brasil no contexto das reformas sanitária e psiquiátrica. *In*: TRINDADE, R. L. P. (org.). **Saúde mental e sociedade: reflexões a partir do serviço social**. Maceió: EDUFAL, 2017.
- NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, Edição Especial 1: 14-20, 2007.
- NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *In*: **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 50. Ano XVII, abril, 1996.
- NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011a.
- NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.
- NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 111, p. 413-429. jul./set., 2012.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8. ed. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 1). São Paulo: Cortez, 2012.
- NOELLE, M. **Programa Corra Pro Abraço é resistência nordestina**. 2019. Disponível em: <http://www.justificando.com/2019/11/04/programa-corra-pro-abraco-e-resistencia-nordestina/>. Acesso em: 16 dez. 2019.
- OLIVEIRA, W. F. Drogas: políticas de prevenção, controle e recuperação. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 1 de 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/159.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.
- OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. 2017. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo-Vitória, 2017.
- OLIVEIRA, E. F. A. Análise do financiamento da política de saúde mental com base nos planos nacional de saúde e relatórios de gestão (2008-2015). *In*: GARCIA, M. L. T.; DENADAI, M. C. V. B. (orgs.). **Família, saúde mental e política de drogas: temas contemporâneos**. São Paulo: Annablume, 2018.
- OLIVEIRA, W. F. Drogas: políticas de prevenção, controle e recuperação. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 1 de 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/159.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.
- OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 7. ed. Revista e atualizada – Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

ORTIZ, F. G. **O serviço social no Brasil**: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PASSOS, R. G.; MOREIRA, T. W. F. Reforma Psiquiátrica brasileira, Luta Antimanicomial e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: um debate necessário. *In*: BARCELLOS, W. S. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

PASSOS, R. G. *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064/21411>. Acesso em: 14 out. 2020.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PIOLA, S. F. *et al.* **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2439](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439). Acesso em: 31 out. 2019.

PRAUN, L. D. **Não sois máquina!** reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2014.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 2009.

QUEIROZ, V. E. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. Florianópolis, 2008. Monografia (Ciências Econômicas). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Economia292028>. Acesso em: 28 mar. 2014.

RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.comunidadessegura.org.br/files/controlepenalsobredrogasilicidas.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2014.

ROSA, P. O. **Drogas e a governabilidade neoliberal**: uma genealogia da redução de danos. Florianópolis: Insular, 2014.

SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, 2017.

SAMPAIO, Jr. P. A. **Crônica de uma crise anunciada**: crítica à economia política de Lula e Dilma. São Paulo: SG – Amarante Editorial, 2017.

SANTOS, A. B. *et al.* Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n. 25, p. 1-19, 2018.

SANTO, M. H. E.; MENDES, A. N. O fundo público e o capital portador de juros: o papel da dívida pública brasileira no capitalismo contemporâneo. **Revista Pesquisa & Debate**. São Paulo. v. 27. Número 1 (49). Mar/ 2016.

SANTOS, A. R.; FREITAS, T. P. O Serviço Social na prevenção ao uso de drogas: desafios interdisciplinares para o trabalho profissional. **VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”**. UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC. UNESP-Franca/SP, 2012.

SANTOS, J. S. **“Questão social”**: particularidades no Brasil. 8. ed. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 1). São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. **Revista Domingueira** n. 3, jan., 2019. IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

SCHWARZ, R. **Ao vencedor as batatas**: forma literária e processo social nos inícios do romance brasileiro. São Paulo: Duas Cidades, 2000.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, A. X. A contrarreforma na Política de Saúde e a função dos intelectuais coletivos. *In*: SILVA, A. X. da., NÓBREGA, M. B., MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, E. S.; HELOANI, R. Precarização - impactos sociais e na saúde mental. *In*: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (orgs.). **O avesso do trabalho IV**: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2017.

SILVA, M. D. **O processo de contrarreforma na Política de Saúde Mental**: análise das tendências no governo de Michel Temer. 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Paraíba, 2019.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje**: impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, 2010.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Revista Argumentum**, Vitória, v.10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. SMAD – **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 3, n. 2, 2007.

SOUZA, T. P. de. **Estado e sujeito**: a saúde entre a macro e a micro política de drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

TEIXEIRA, M. J. O. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde mental no governo Temer. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-48, jan./abr., 2018.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, ed. 22, 2017.

TIBURI, M. Corpo drogado, corpo fissurado. *In*: TIBURI, M.; DIAS, A. C. (orgs.). **Sociedade fissurada**: para pensar as drogas e a banalidade do vício. Rio de Janeiro: Civildade Brasileira, 2013.

TÓFOLI, L. F. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Internacional de direitos humanos – Sur**. v. 12, n. 21, ago., 2015.

TONET, I. Introdução ao livro da ideologia alemã. Maceió, 2009. *In*: MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Tradução de Álvaro Pina. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

TONET, I. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lucaks, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNDOC). Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. 2013. **Prisões e detenções compulsórias de usuários de drogas no Brasil preocupam especialistas da ONU**. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/en/frontpage/2013/03/28-arrests-and-compulsory-detentions-of-drug-users-in-brazil-concern-un-experts.html>. Acesso em: 04 fev. 2020.

VASCONCELOS, E. M. Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. *In*: VASCONCELOS, E. M. (org.). *et al.* **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68665/41350>. Acesso em: 02 set. 2020.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. 1. ed. Campinas: Papel Social, 2016.

VELLEDA, L. **Corte de verba ameaça Reforma Psiquiátrica e sinaliza preferência por internações**. Rede Brasil Atual, 2018. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude/2018/11/corte-de-verba-ameaca-a-reforma-psiquiatrica-e-sinaliza-a-volta-das-internacoes>. Acesso em: 27 jan. 2019.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 175-186, dez., 2018.

VIEL, R. O bolsonarismo é o neofascismo adaptado ao Brasil do século 21. **Agência Pública**. Lisboa (Portugal). Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/politica-e-economia/59687/o-bolsonarismo-e-o-neofacismo-adaptado-ao-brasil-do-seculo-21>. Acesso em: 26 jul. 2020.

XAVIER, M. G. M. **O sujeito e a droga**: entre o prazer e o gozo. 2013. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.  
Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-17122013-145504/publico/pre.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

# APÊNDICE

## APÊNDICE 1

Tipo de documento (Portaria/Lei/Decreto /Relatório)	Ano de publicação	Origem	Do que se trata	Objetivos	Estratégias	Propostas de serviços