

**30**

*cadernos temáticos CRP SP*

**Álcool e outras drogas:  
subsídios para sustentação da política  
antimanicomial e de redução de danos**



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - CRP 06

**30**

*cadernos temáticos CRP SP*

**Álcool e outras drogas:  
subsídios para sustentação da política  
antimanicomial e de redução de danos**

CRP 06 · São Paulo · 2019 · 1ª Edição

Caderno Temático nº 30 – Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos

XV Plenário (2016-2019)

**Diretoria**

Presidenta | Luciana Stoppa dos Santos  
Vice-presidenta | Larissa Gomes Ornelas Pedott  
Secretária | Suely Castaldi Ortiz da Silva  
Tesoureiro | Guilherme Rodrigues Raggi Pereira

**Conselheiras/os**

Aristeu Bertelli da Silva (*Afastado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Beatriz Borges Brambilla  
Beatriz Marques de Mattos  
Bruna Lavinias Jardim Falleiros (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Clarice Pimentel Paulon (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Ed Otsuka  
Edgar Rodrigues  
Evelyn Sayeg (*Licenciada desde 20/10/2018 - PL 2051ª de 20/10/18*)  
Ivana do Carmo Souza  
Ivani Francisco de Oliveira  
Magna Barboza Damasceno  
Maria das Graças Mazarin de Araújo  
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri  
Maria Rozineti Gonçalves  
Maurício Marinho Iwai (*Licenciado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Mary Ueta  
Monalisa Muniz Nascimento  
Regiane Aparecida Piva  
Reginaldo Branco da Silva  
Rodrigo Fernando Presotto  
Rodrigo Toledo  
Vinicius Cesca de Lima (*Licenciado desde 07/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)

**Organização do caderno**

Ed Otsuka, Annie Louise Saboya Prado e Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti | Núcleo de Saúde do CRP SP

**Projeto gráfico e editoração**

Paulo Mota | Relações Externas CRP SP

**Fotos**

Patrícia Corsini Ceraso e iStock

---

C755a Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.  
Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP SP, 2019.

68 p.; il.; 21x28cm. (Cadernos Temáticos CRP SP /nº 30)

ISBN: 978-85-60405-57-2

1. Psicologia – Álcool e outras Drogas. 2. Redução de Danos. 3. Comunidades Terapêuticas. 4. Pessoas em situação de rua. 5. Internação compulsória. I. Título

CDD 157.63

---

Ficha catalográfica elaborada por Marcos Toledo CRB8/8396

# Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série *Cadernos Temáticos do CRP SP*, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a vários objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP SP, o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogas/os; o segundo é o de identificar áreas que mereçam atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, ser um espaço para que a categoria apresente suas posições e questionamentos acerca da atuação profissional, garantindo, assim, a construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e como profissão.

Esses três objetivos articulam-se nos *Cadernos Temáticos* de maneira a apresentar resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadoras/es e especialistas da Psicologia para debater sobre assuntos ou temáticas variados na área. Reafirmamos o debate permanente como princípio fundamental do processo de democratização, seja para consolidar diretrizes, seja para delinear ainda mais os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da singularidade humana como um fenômeno complexo, multideterminado e historicamente produzido. A publicação dos *Cadernos Temáticos* é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogas/os, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para a profícua discussão, em diferentes lugares e de diversas maneiras, sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 30º Caderno da série. Seu tema é: *Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos*.

Outras temáticas e debates ainda se unirão a este conjunto, trazendo para o espaço coletivo informações, críticas e proposições sobre temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade.

A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos a todas/os.

*XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo*

Os Cadernos já publicados podem ser consultados em [www.crpssp.org.br](http://www.crpssp.org.br):

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A Psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na saúde suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – *Ciudadanía activa en la práctica*
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio: impasses e alternativas
- 10 – Psicólogo Judiciário nas Questões de Família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual
- 12 – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas
- 13 – Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade
- 14 – Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para Psicologia
- 15 – Centros de Convivência e Cooperativa
- 16 – Psicologia e Segurança Pública
- 17 – Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento da desigualdade social
- 18 – Psicologia do Esporte: contribuições para a atuação profissional
- 19 – Psicologia e Educação: desafios da inclusão
- 20 – Psicologia Organizacional e do Trabalho
- 21 – Psicologia em emergências e desastres
- 22 – A quem interessa a “Reforma” da Previdência?: articulações entre a psicologia e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores
- 23 – Psicologia e o resgate da memória: diálogos em construção
- 24 – A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira
- 25 – Psicologia, laicidade do estado e o enfrentamento à intolerância religiosa
- 26 – Psicologia, exercício da maternidade e proteção social
- 27 – Nossa luta cria: enfrentar as desigualdades e defender a democracia é um dever ético para a Psicologia
- 28 – Psicologia e precarização do trabalho: subjetividade e resistência
- 29 – Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência

# Sumário

- 07** INTRODUÇÃO  
*Núcleo de Saúde do CRP SP*
- 09** CONTEXTO SOCIAL E HISTÓRICO DAS DROGAS: MÚLTIPLOS USOS, RACISMO E REPRESSÃO DO PROIBICIONISMO DO ESTADO  
*Ed Carlos Corrêa de Faria*  
*Ed Otsuka*
- 19** PRÁTICAS EM REDUÇÃO DE DANOS  
*Annie Louise Saboya Prado*  
*Ed Otsuka*
- 25** COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ESPAÇO ÁRIDO PARA O CUIDADO E FÉRTIL PARA VIOLAÇÕES DE DIRETOS HUMANOS  
*Ed Otsuka*  
*Annie Louise Saboya Prado*
- 33** O SINTOMA SOCIAL DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA  
*Juliana Leite Godoy Veneziani Silva*  
*Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti*  
*Evelyn Sayeg (Frente Estadual Antimanicomial)*  
*Edvaldo Gonçalves de Souza (Movimento Nacional de População de Rua)*  
*Anderson Miranda (Movimento Nacional de População de Rua)*

- 37** DROGAS E GÊNERO: DENÚNCIAS, CONSTRUÇÃO DE REDES DE CUIDADO, AFETO E REDUÇÃO DE DANOS ENTRE MULHERES, UMA PERSPECTIVA FEMINISTA E ANTIPROIBICIONISTA  
*Amanda Araújo Amorim (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas)*  
*Gleica Rodrigues Tomasoni (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas)*  
*Juliana Vicente de Freitas (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas)*  
*Emanoela Priscila Toledo Arruda*  
*Caroline Cusinato*
- 45** DA SITUAÇÃO IRREGULAR AOS SUJEITOS DE DIREITOS: SERÁ QUE AVANÇAMOS NA AUSÊNCIA DE SENTIMENTO DE UMA PARTICULARIDADE INFANTIL QUANDO TRATAMOS DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA INFÂNCIA E JUVENTUDE BRASILEIRAS?  
*Cláudia Capelini Picirilli*
- 53** ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS INTERSETORIAIS E A TEMÁTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
*Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti*
- 59** FINANCIAMENTO: PELO INVESTIMENTO EM INFRAESTRUTURA E INCREMENTO DA REDE  
*Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti*  
*Rafael Cislinski*  
*Rodrigo Pressotto*

# Introdução

## Núcleo de Saúde do CRP SP

O Caderno Temático Álcool e outras Drogas é uma produção do Núcleo de Saúde do CRP, finalizando um percurso de intensas discussões e debates sobre a temática que envolveram os encontros deste Núcleo de 2016 a 2019. Neste período, observou-se cada vez mais a necessidade e urgência de se tratar deste tema, levando-se em conta, especialmente, o cenário político atual, os retrocessos e as retiradas de direitos básicos e humanos, que incidem fortemente na política de saúde mental, álcool e outras drogas. Compreendeu-se a necessidade de um posicionamento técnico, ético e político que pudesse elucidar, em tempos nebulosos, o papel da(o) psicóloga(o) diante da complexidade da temática de álcool e outras drogas, ao mesmo tempo que pudesse se constituir como um posicionamento político, podendo auxiliar discussões e sustentações nos serviços e espaços de controle social tanto para psicólogas(os) quanto para gestores, usuárias(os), pesquisadores, militantes, equipes multiprofissionais e instituições.

Para tanto, o Núcleo de Saúde partiu de um processo de elencar temas principais e realizou a construção de textos-base sobre cada temática que foi compreendida como relevante para uma discussão ética e política. Esta construção se deu a partir de textos autorais, sustentados por referências bibliográficas e produções técnicas da área, bem como do acúmulo de seus membros, do Núcleo de Saúde e do CRP SP.

Na busca para que a sustentação ética e de dispositivos de controle social não estivessem somente no conteúdo do texto, o Núcleo de Saú-

de foi intransigente com a proposta de discussão destes textos-base com os atores sociais, movimentos e demais interessados em participar da construção coletiva deste Caderno e, assim, em 13/07/2019 foi realizado no auditório da sede do CRP SP o evento “Construção Coletiva de Caderno Temático sobre Álcool e outras Drogas: cuidado e política”, sendo convidados para participação diversos movimentos sociais e serviços envolvidos com a área AD e divulgado nas redes sociais e site do Conselho. Entende-se que consta aí exatamente a riqueza e a singularidade da construção deste Caderno Temático.

Assim, o texto-base foi publicizado e todos os presentes manifestaram interesse sobre os capítulos ou temas que tivessem interesse em discutir e contribuir. Foram realizados pequenos grupos de discussão para cada tema/capítulo no período da manhã e no período da tarde foi realizada uma plenária para a discussão geral dos temas e contribuições finais para o texto.


Buscou-se contemplar alguns temas e discussões principais e garantir minimamente subsídios para provocar, fomentar e sustentar construções, saberes e práticas. Com a publicação deste Caderno, reafirma-se que o CRP SP, via Núcleo de Saúde, não recua diante dos retrocessos e pretende garantir um posicionamento político a favor das Políticas Públicas, congruentes com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e Política de Redução de Danos, constituindo assim um importante material de sustentação e defesa intransigente de Direitos Humanos. 





Foto: iStock

# Contexto social e histórico das drogas: múltiplos usos, racismo e repressão do proibicionismo do Estado

**Ed Carlos Corrêa de Faria**  
**Ed Otsuka**

O uso de drogas sempre acompanhou a humanidade, não por acaso, existem mais de 200 tipos de compostos orgânicos pelo mundo capazes de alterar a percepção, sensação e humor. A busca por alterações do estado de consciência é observada não somente em humanos, mas também no reino animal, por isso é considerada uma necessidade básica (Torcato, 2016). No entanto, é um tema bastante controverso, se, por um lado, os usos medicinais, ritualísticos e recreativos das drogas são parte inerente à humanidade, por outro, o uso problemático de drogas é um fenômeno que desafia a atuação da Psicologia e outros campos do conhecimento e está relacionada a situações de importante sofrimento.

Antes de afirmar o que a Psicologia tem a dizer sobre esse assunto, é imprescindível contextualizar o tema das drogas. Os registros mais antigos de uso de drogas datam de milênios. Uma pesquisa recente comprovou que chineses fumavam *cannabis* há 2,5 mil anos. Há provas de que a planta era cultivada muito antes disso, mas esse é o registro mais antigo de fumo para uso psicoativo (Ren, Tang et al, 2019). A primeira referência no Ocidente foi feita pelo filósofo Heródoto, que descreveu que as sementes de canhamo eram colocadas entre as pedras incandescentes de saunas em um rito funerário do povo Cita (Carneiro, 2002).

A relevância do uso de drogas pela humanidade é comprovada não somente por esses exemplos de usos milenares, mas também por sua constância. Existem diversos usos de diferentes drogas nas mais distintas comunidades, por exemplo, a folha de coca entre os povos Quechua, ou Incas, da América do Sul, e o uso do mate, de tradição guarani, incorporado à tradição gaúcha, ambos usados no cotidiano por essas culturas. Há

também usos ritualísticos, como o da Ahyuhasca ou do veneno do sapo kampo, ambos advindos de povos indígenas amazônicos, ou da jurema, de tradição indígena do nordeste brasileiro.

---

*“A importância histórica e econômica das drogas no mundo é inegável. No Brasil, um dos três símbolos nacionais, segundo a Constituição de 1988, é o Brasão de Armas. Nele podemos ver o ramo de duas plantas usadas com finalidade psicoativa: o café e o fumo”*

A importância histórica e econômica das drogas no mundo é inegável. No Brasil, um dos três símbolos nacionais, segundo a Constituição de 1988, é o Brasão de Armas. Nele podemos ver o ramo de duas plantas usadas com finalidade psicoativa: o café e o fumo. O símbolo foi criado a pedido do primeiro presidente, Deodoro da Fonseca, os ramos que já estavam na bandeira do Brasil Imperial se mantiveram no Brasão da República devido à importância econômica que essas produções tiveram na história do país.

A proibição do uso, produção e comércio de algum tipo de droga é algo relativamente recente na história da humanidade, as primeiras proibições se deram no século XIX. No Brasil, a primeira droga proibida foi a *cannabis*, em 1830, pela Câmara do Rio de Janeiro. A proibição tinha caráter racista, pois a droga era considerada um costume da população negra e proibir

o que a lei se referia como “pito de pango” era uma das formas de criminalizar essa população. O branco que descumprisse tal lei pagaria uma multa, o negro seria preso por determinado período (Henman, 2016).

---

*“A proibição tinha caráter racista, pois a droga era considerada um costume da população negra e proibir o que a lei se referia como ‘pito de pango’ era uma das formas de criminalizar essa população”*

Juliana Borges (2017) aponta que o racismo no primeiro código penal brasileiro, de 1830, estava expresso de uma forma tão nítida que as penalizações eram distintas para brancos e negros, mesmo se o negro estivesse liberto.

---

*“As penalizações eram distintas para brancos e negros, mesmo se o negro estivesse liberto”*

No entanto, o racismo por trás da proibição dessa e de outras drogas não se relaciona somente a essa primeira proibição, ainda no tempo em que negros eram legalmente escravizados no Brasil. Vale aqui destacar um personagem da história do Brasil, José Rodrigues Dória, que, entre outros cargos, foi presidente de Sergipe, deputado federal e catedrático de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia, e viveu entre o final do séc. XIX e início do séc. XX (Saad, 2013).

---

*“Dória se referia às nações africanas como ‘selvagens’, associava a maconha com crimes e violência, a denominava ‘fumo d’Angola’ e citava outras denominações como ‘liamba’ e ‘pito de pango’”*

Dória se referia às nações africanas como “selvagens”, associava a maconha com crimes e violência, a denominava “fumo d’Angola” e citava outras denominações como “liamba” e “pito de pango” (Dória, 2016, pág. 66). Defendia a tese de que da mesma forma que o ópio se espalhou pela Europa como uma espécie de maldição pela Inglaterra ter subjogado os chineses, a maconha se espalhou pelo Brasil como castigo pela escravidão. Ele separava o Brasil entre uma camada que ele denominava como educada e civilizada e uma camada mais baixa, que ele descrevia ser composta por negros, mestiços e indígenas, nesta camada estariam as pessoas que ele acreditava serem viciadas em maconha, seus estudos criminais se baseavam nas noções de Lombroso, ou seja, relacionava características anatômicas étnicas a práticas criminais (Saad, 2013).

---

*“Ele separava o Brasil entre uma camada que ele denominava como educada e civilizada e uma camada mais baixa, que ele descrevia ser composta por negros, mestiços e indígenas”*

José Rodrigues Dória seria mais um aristocrata brasileiro, com noções racistas e higienistas, porém sua relevância para o tema se dá por sua influência política no país. Em 1915, representou o estado da Bahia no Segundo Congresso Científico Pan-Americano em Washington, tendo corroborado os argumentos que seriam usados posteriormente para a proibição da droga a nível mundial. Suas noções conservadoras e naturalistas o levava a defender ainda que mulheres seriam menos inteligentes, propensas a sentimentos irracionais e que sua capacidade se limitava à reprodução, e, com base nisso, como deputado, se colocou contrário ao voto feminino (Saad, 2013).

As bases para a proibição de drogas já existiam no Brasil e no mundo, no entanto, a sustentação ideológica para a proibição legal surge nos EUA, com o movimento proibicionista, que tinha como principal bandeira a proibição do uso, produção e distribuição de bebidas alcoólicas. Em 1920, ocorre a promulgação da Lei Seca, que conferiu ao álcool o *status* de droga ilícita

naquele país. Entre 1920 e 1934 as consequências foram desastrosas: aumento da criminalidade, violência. A proibição fez que aumentasse o lucro sobre esse comércio, formando muitas das fortunas estadunidenses, como da família Kennedy. Se formaram problemas decorrentes do uso do álcool, que passou a ser produzido sem qualquer controle, até que Roosevelt é eleito tendo como uma de suas principais bandeiras a legalização do álcool (Carneiro, 2002).

Em 1900, os EUA iniciam e lideram uma campanha global pela supressão do ópio, em que aconteceram diversas ações encabeçadas pelos EUA com o intuito de influenciar a proibição das drogas na política externa. Até que, em 1946, foi criada pela ONU a Comissão de Narcóticos (CDN), com a atribuição de formular políticas para o fortalecimento do sistema de controle e repressão internacional às drogas. As Convenções-Irmãs da ONU estabeleceram o sistema internacional de combate das drogas, reafirmando o proibicionismo como a política a ser seguida por todas as nações. É importante ressaltar que as motivações dos EUA para disseminar o proibicionismo sempre foram de ordem política, racial e econômica.

---

*“Poderíamos fazer o público associar os hippies com a maconha e os negros com a heroína. E então criminalizaríamos fortemente ambas, assim poderíamos enfrentar essas comunidades”*

Embora o cenário estivesse se construindo há décadas, nos anos 70, um dos protagonistas da efetivação do que passou a ser chamado “Guerra às Drogas”, foi o presidente americano George Nixon (CARNEIRO, 2002). Em uma entrevista dada em março de 2016 à agência de notícias CNN John Ehrlichman, o chefe de política doméstica do governo Nixon, faz a seguinte afirmação:

*[...] nós sabíamos que não poderíamos tornar ilegal ser contra a guerra (se referindo à Guerra do Vietnã) ou ser negro, mas poderíamos fazer o público associar os hippies com a*

*maconha e os negros com a heroína. E então criminalizaríamos fortemente ambas, assim poderíamos enfrentar essas comunidades [...] nós poderíamos prender seus líderes. Invadir suas casas, interromper suas reuniões, e difamá-los. (CNN, 2016)*

A “Guerra às Drogas”, então, segundo Ehrlichman, foi conscientemente usada para reprimir e criminalizar os movimentos de contracultura e promover o extermínio do movimento negro na luta por seus direitos.

Em 1998, a ONU ratificou as Convenções-Irmãs como também estabeleceu a meta de erradicação do cultivo de plantas e vegetais para a produção de drogas ilícitas. O plano de ação da UNGASS<sup>1</sup> estabelecia o ano de 2008 como prazo para o alcance dessa meta e intitulava-se *Um Mundo Livre de Drogas: Nós Podemos Fazê-lo*. Em 2003, tanto a meta quanto o prazo para atingi-la foram reafirmados pela ONU. As ações de repressão à produção, comércio e consumo de drogas ilícitas definitivamente não contiveram estes fenômenos em qualquer parte do mundo. Ao contrário, observou-se o crescimento do tráfico de drogas e de sua repercussão na política e na economia mundial.

A criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas tem se revertido em sobrecarga ao sistema de justiça, onerando-o tanto pela lotação de unidades prisionais quanto pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de “combate” às drogas. A criminalização dos usuários de drogas repercute na garantia de direitos sociais e de cidadania, dentre os quais o de livre acesso aos serviços de saúde e tratamento e mesmo o de fazer uso de drogas em condição não prejudicial ao indivíduo e à sociedade.

---

*“A criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas tem se revertido em sobrecarga ao sistema de justiça”*

---

1 UNGASS é a sigla em inglês da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, que trata de temas sociais relevantes, como saúde, trabalho, gênero e drogas. Fonte: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Cartilha-UNGASS.pdf>>.

O mundo tem caminhado para uma compreensão de que a política repressiva punitiva de “Guerra às Drogas” não tem tido bons resultados. A recente reunião da Comissão Sobre Narcóticos, que ocorreu em março de 2019, em Viena, Áustria, aponta avanços nos países que descriminalizaram o porte para uso pessoal e indica que isso ocorra nos demais países do mundo (ONU, 2019). No entanto, o Brasil segue caminhos distintos, por ser um dos únicos três países da América do Sul que ainda criminalizam o porte de drogas para uso pessoal, ao lado do Suriname e da Guiana.

Nesse contexto, a Política Nacional de Drogas no Brasil retrocede ainda mais. Contrariando as recomendações da ONU, o Brasil modificou, em 2019, a Política Nacional de Drogas, reforçando a criminalização do usuário, o que deve agravar ainda mais o encarceramento em massa da população pobre, especialmente de negros e negras.

### **Uma alternativa ao proibicionismo: a Redução de Danos**

Na Europa, no século XX, surgem ideias que reagem a lógica proibicionista de um mundo sem drogas. No Reino Unido, por exemplo, em 1926, um grupo de médicos recomendou a prescrição de drogas como a heroína e a cocaína para pessoas que faziam uso abusivo, como forma de controlar e reduzir esse uso. No entanto, foi somente na década de 60, em meio ao movimento de contracultura que, pela primeira vez, se estrutura um conjunto de ideias antiproibicionistas sob uma lógica que foi denominada Redução de Danos. A Redução de Danos (RD) se apresenta como uma postura ético-política que leva em consideração essa relação intrínseca entre as drogas e a humanidade, em contraposição à proposta proibicionista ou de “Guerra às Drogas”, que idealizam ou prometem o fim das substâncias psicoativas ilícitas como solução.

---

*“A Redução de Danos (RD) se apresenta como uma postura ético-política que leva em consideração essa relação intrínseca entre as drogas e a humanidade, em contraposição à proposta proibicionista”*

A eficácia da RD se justifica por ser uma estratégia que alcança também o usuário ativo de drogas, não como um método paliativo que objetiva prevenir doenças infectocontagiosas por meio da distribuição de seringas e agulhas descartáveis como forma de evitar contaminações, mas como uma política que considera a pessoa que faz uso de drogas como membro de uma comunidade, que se relaciona, trabalha, tem necessidades outras de saúde e é dotada de direitos e deveres. Isso torna a RD uma política comprometida com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Convenção sobre Biodiversidade, entre outros tratados internacionais. A RD segue nesse sentido e se mostra coerente como uma política de Saúde Pública universal, como prevê o SUS (Sistema Único de Saúde). Em 2019, a Comissão Sobre Narcóticos, reunida em Viena, apontou a RD como a política de drogas alinhada aos Direitos Humanos (ONU, 2019).

---

*“A RD segue nesse sentido e se mostra coerente como uma política de Saúde Pública universal, como prevê o SUS”*

Com a epidemia da AIDS, na década de 1980, a prescrição de drogas para dependentes ganhou novo impulso como estratégia de RD, além da troca de seringas usadas por seringas esterilizadas entre UDI (usuário de drogas injetáveis). A RD não foi a política desejada por governantes a priori, surge por uma pressão das pessoas que faziam uso de drogas e somente foi aceita devido a ineficácia comprovada na prática das estratégias punitivistas e proibicionistas e ganhou espaço porque obteve bons resultados. Foi a primeira estratégia que obteve resultados satisfatórios na contenção da contaminação por HIV entre UDI's.

Apesar da RD ter surgido no ambiente internacional a partir da década de 60 e se consolidado na década de 80, no Brasil, as primeiras estratégias de RD surgem somente entre o final da década de 80 e início de 90. Antes disso, o país vivia uma ditadura civil-militar, politicamente fechado, a repressão e a falta de investimento a pesquisas na área de saúde, além de uma forte migração para os grandes centros urbanos que fez surgir as cidades segregadas socialmente como conhecemos hoje.

Nesse contexto, em 1989, na cidade de Santos, inicia-se a distribuição e troca de seringas, voltada à UDI, e, segundo estimativas, a porcentagem de portadores do vírus HIV entre essa população beirava os 70%, considerando que se tratava de uma cidade portuária com grande circulação. No entanto, os trabalhadores foram acusados pelo Ministério Público de estarem estimulando o uso de drogas e foram impedidos de continuar o projeto.

Em 1991, cria-se o IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS), para dar sequência ao trabalho na cidade de Santos. Ao observar que os UDI tinham por costume limpar a seringa antes de compartilhá-la, desenvolve a estratégia de distribuição de hipoclorito de sódio em uma concentração de 5,25%, comprovadamente capaz de eliminar o vírus HIV (Ribeiro, 2013).

---

*“No estado de São Paulo, o Programa de DST/AIDS cria um projeto de Redução de Danos que, novamente, é impedido de se efetivar devido a um questionamento judicial”*

A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, no mesmo ano, cria o Projeto de Drogas, voltado aos UDI, em 10 estados com os maiores índices de contaminação por HIV. No estado de São Paulo, o Programa de DST/AIDS cria um projeto de Redução de Danos que, novamente, é impedido de se efetivar devido a um questionamento judicial.

Em 1995, a estratégia de compartilhamento de seringas ressurgiu na legalidade, implementada pelo CETAD (Centro De Estudos e Terapia do Abuso de Drogas) no estado da Bahia, ligada à Faculdade de Medicina da UFBA (Universidade Federal da Bahia). Neste segundo momento, ganha credibilidade como uma política incentivada pelo Ministério da Saúde, com apoio dos órgãos internacionais UNODC e do Banco Mundial.

Entre os anos de 1994 e 1996, o Ministério da Saúde financiou o maior estudo epidemiológico sobre prevalência de HIV e comportamento entre UDI, o que viria a validar os projetos de RD que vinham surgindo no cenário nacional. O

crescimento de pesquisas e projeto na área fez surgir uma série de atores da RD e organizações não governamentais interessados.

---

*“Entre os anos de 1994 e 1996, o Ministério da Saúde financiou o maior estudo epidemiológico sobre prevalência de HIV e comportamento entre UDI, o que viria a validar os projetos de RD que vinham surgindo no cenário nacional”*

A Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), nasce em 1997 como a primeira associação de caráter nacional que é declaradamente composta por usuários e ex-usuários de drogas e tem por objetivo lutar pelos direitos dos redutores de danos e usuários de drogas. No ano seguinte, São Paulo sedia a IX Conferência internacional de RD. Durante a cerimônia de abertura foi anunciada a sanção pelo governo do Estado da lei estadual 9758/97, primeira a regulamentar a troca de seringas. Após esse marco foram surgindo novas leis estaduais e municipais que regulamentavam as estratégias de RD (RIBEIRO, 2013).

A RD já havia desenvolvido e adquirido no Brasil características importantes, tais como: parceria entre governo e sociedade civil; desenvolvimento de pesquisas a fim de levantar indicadores; distribuição de preservativos, seringas e agulhas descartáveis; formação de usuários para atuarem como multiplicadores; elaboração de materiais educativos junto aos usuários; ações de *advocacy* voltadas para profissionais da saúde, educação segurança e justiça; promoção da participação dos usuários nos espaços de definição de políticas públicas; e a construção de leis que viabilizem a RD (Doneda e Gandolfi, 2006).

Tais características se devem aos avanços da RD ao longo dos anos 90 e 2000 e foram de extrema importância para o que aconteceria a seguir, é importante notar que até então se tratava de uma política que não pretendia o cuidado ao uso problemático, somente a partir de 2003 houve significativa diversificação nas ofertas em saúde para usuários de drogas: “as

ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental” (Passos & Souza, 2011).

---

*“As ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental” (Passos & Souza, 2011)“*

Essa ampliação da compreensão do que é RD representa um novo paradigma ético, clínico e político, em contraposição às concepções da “Guerra às Drogas” que marcam ainda de forma majoritária, hoje mais do que nunca, as políticas de drogas no Brasil, resquício ainda da ditadura civil-militar brasileira e da nossa longa história de racismo institucional. O avanço que a estratégia de RD pôde experimentar a partir de 2006 se deve também às importantes mudanças que a política de Saúde Mental vinha experimentando desde o fim da década de 90, impulsionadas por movimentos sociais denominados de Luta Antimanicomial. O modelo asilar como forma de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico vinha sendo questionado, e em seu lugar vinha sendo criado uma rede de serviços chamados substitutivos, de caráter territorial e pautado no cuidado em liberdade, expressos na política pública por uma Reforma Psiquiátrica (MACRAE, 2012).

Vale aqui destacar um trecho do primeiro manifesto antimanicomial brasileiro, a carta produzida em um encontro de trabalhadoras e trabalhadores da saúde mental na cidade de Bauru em 1987:

*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 (Carta de Bauru, 1987)*

---

*“Esse movimento trouxe profissões como a Psicologia para o centro das discussões sobre as políticas públicas, fez crescer não somente em número de profissionais, mas também a nossa responsabilidade na produção e reprodução social”*

A luta antimanicomial, portanto, não é somente um movimento pelo fim dos manicômios, mas sim uma postura ético-política frente à violência institucionalizada. Esse movimento trouxe profissões como a Psicologia para o centro das discussões sobre as políticas públicas, fez crescer não somente em número de profissionais, mas também a nossa responsabilidade na produção e reprodução social. Na Carta de Bauru há conteúdo sobre o compromisso que as profissões que atuam na saúde mental devem assumir:

*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. (Carta de Bauru, 1987)*

A proibição das drogas, bem como todas as políticas higienistas e punitivistas de Estado, tem suas bases numa história de racismo institucional. Juliana Borges (2017) assinala que se estima que cerca de 5 milhões de negras e negros foram sequestrados da África e escravizados por séculos no Brasil.

O embranquecimento foi uma das primeiras políticas da República, não só não houve reparação histórica, mas nossas políticas públicas ainda se pautam numa lógica de extermínio da população negra e da população pobre e periférica, o que se evidencia nos números de homicídios e encarceramento em massa da pobreza, predominantemente de negras e negros. A “Guerra às Drogas” no Brasil se insere nesse

contexto e serve de argumento para práticas racistas. São muitas estudiosas e estudiosos que têm produzido conhecimento e práticas decoloniais, que procuram superar o racismo institucional, a política de RD pode convergir com essas noções, por usar estratégias de fortalecimento e evitar práticas institucionalizantes e reprodutoras de violências.

---

*“O embranquecimento foi uma das primeiras políticas da República, não só não houve reparação histórica, mas nossas políticas públicas ainda se pautam numa lógica de extermínio da população negra e da população pobre e periférica”*

Por fim, é indispensável mencionar que as diferentes escolas da Psicologia convergem para uma compreensão quanto ao fenômeno do uso abusivo ou problemático de drogas, que esse é sintoma ou consequência de algum sofrimento anterior. Nesse sentido, a abstinência como uma exigência, proposta pelo modelo proibicionista, é incoerente com a atuação da(o) profissional psicólogo(a), pois significa exigir que a pessoa não produza sintoma antes mesmo da oferta da escuta e do cuidado.

---

*“A Psicologia como ciência e profissão está em consonância com as prerrogativas da política de RD e esta deve estar na formação e nas práticas da categoria”*

A Psicologia como ciência e profissão está em consonância com as prerrogativas da política de RD e esta deve estar na formação e nas práticas da categoria, pois compreende que o fortalecimento através da escuta qualificada, o restabelecimento de vínculos e a reestruturação da rede e do ambiente onde a pessoa vive são as formas de minimizar o sofrimento e dar ferramentas para a melhoria da qualidade de vida

dessas pessoas. A abstinência de uma ou mais drogas, o uso moderado ou a troca de uma substância de maior potencial de risco por uma de menor, passa a ser uma escolha dessa pessoa.

### **Marcos Históricos da Política de Drogas no Brasil**

- Na década de 1920, a legislação penal propunha a internação compulsória em *estabelecimento correcional adequado*, por tempo indeterminado, dos denominados toxicômanos.
- Na década de 1930, foi promulgada a *Lei de Fiscalização de Entorpecentes* (Decreto-Lei nº. 891/1938) que expressava claramente o posicionamento proibicionista do Estado brasileiro em relação às drogas. O conteúdo deste decreto-lei, posteriormente incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940, criminalizava o porte de drogas ilícitas, independentemente da quantidade apreendida e da intenção de consumo próprio ou tráfico, sem distinção da penalização prevista para uma ou outra circunstância.
- Na década de 1970, as medidas de prevenção e de repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas em concordância com as Convenções-Irmãs da ONU, realizadas em 1961 e 1971.
- Lei nº. 5.726/1971 - não faz qualquer referência ao tratamento para a população usuária de drogas.
- Lei nº. 6.368/1976 - criação de serviços especializados para a atenção ao uso prejudicial e dependência de drogas com importância secundária às ações de saúde em detrimento à repressão da oferta/demanda de drogas.
- Serviços extra-hospitalares são criados somente na segunda metade da década de 1980. Considerando-se a restrição do acesso ao sistema de saúde aos contribuintes previdenciários, a internação em hospitais psiquiátricos tenha se constituído como único recurso terapêutico.
- Década de 1980 - instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Entre os objetivos deste sistema, constava o de formular a Política Nacional de Entorpecentes através do



Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), seu órgão central.

- CONFEN privilegia atividades de repressão. No entanto, estabelece iniciativas e ressalta-se o apoio aos centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre UDI.
- A Secretaria de Atenção à Saúde da pasta editou em outubro de 2016 a portaria 1.482, que determina a inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Não houve qualquer discussão.
- Em 1998, o CONFEN foi extinto e transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Cria-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o órgão executivo do sistema. A proposição da Política Nacional Antidrogas deveria ser feita pela SENAD e aprovada, acompanhada e atualizada pelo CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema. A participação do Ministério da Saúde na construção desta política efetua-se pela sua representação, por intermédio da Coordenação de Saúde Mental e do órgão de Vigilância Sanitária, no CONAD.
- 2003 - formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Afirma-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 2005 - Política Nacional sobre Drogas. O enfoque da redução de danos aparece com força ainda maior nessa nova versão do texto da política. O Sistema Nacional Antidrogas passou a ser denominado Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; o Conselho Nacional Antidrogas, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; e a Secretaria Nacional Antidrogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Em 1º de julho, é aprovada a Política Nacional de Redução de Danos, Portaria nº 1.028, e em 4 de julho se aprova a portaria nº 1.059, que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.
- 2006 - Lei nº. 11.343/2006 revoga a Lei nº. 10.409/2002 e a Lei nº. 6.368/1976, que inclui redução riscos e danos no seu texto.
- 2019 - Lei 13.840/2019 - acrescenta e altera dispositivos à lei 11343/06, cria a "Nova Lei Anti Drogas". Institui a autorização da internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas, sem sua autorização ou a de um juiz, retira a RD da política nacional e amplia investimentos em Comunidades Terapêuticas, apesar dos levantamentos realizados pelo MPF (Ministério Público Federal) e do CFP que apontam graves violações de Direitos Humanos nessas instituições;
- 2019 - a Comissão de Narcóticos da ONU, reunidos em Viena, aponta a descriminalização das drogas como horizonte a ser seguido, se afasta da abordagem punitiva e aponta que os países devem garantir o acesso a serviços orientados pela Redução de Danos. 🌐

## Referências

BORGES, Juliana. A ideologia racista como mito fundante da sociedade brasileira. **Blog da Boitempo**. Publicado em 08.08.2017. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2017/08/08/a-ideologia-racista-como-mito-fundante-da-sociedade-brasileira/>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CARNEIRO, Henrique. **Amores e sonhos da flora**: Afrodísíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia. Xamã, São Paulo: 2002.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, pp.115-128

**CARTA DE BAURU**. Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional e Trabalhadores em Saúde Mental. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>

CNN. Report: **Aide says Nixon's war on drugs targeted blacks, hippies**. 2016. Disponível em: <<http://edition.cnn.com/2016/03/23/politics/john-ehrllichman-richard-nixon-drug-war-blacks-hippie/index.html>>. Acesso em 02 jul. 2019.

DONEDA D, GANDOLFI D. O início da Redução de Danos no Brasil na Perspectiva governamental: Ação local com impacto Nacional. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 358-360.

DÓRIA, R. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. *in* MACRAE, W. E. e COUTINHO A. **Fumo de Angola cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador, 2016, EDUFBA.

HENMAN, A. R. A GUERRA ÀS DROGAS É UMA GUERRA ETNOCIDA. *in* MACRAE, W. E. e COUTINHO A. **Fumo de Angola cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador, 2016, EDUFBA.

MENG REN, ZIHUA TANG, XINHUA WU, ROBERT SPENGLER, HONGEN JIANG, YIMIN YANG, NICOLE BOIVIN. The origins of cannabis smoking: Chemical residue evidence from the first millennium BCE in the Pamirs. **SCIENCE ADVANCES**, Vol. 5, no. 6, 12 jun. 2019.

ONU Brasil. **ONU lança diretrizes internacionais para políticas de drogas baseadas em direitos humanos**. (2019). Disponível em: <[https://nacoesunidas.org/onu-lanca-diretrizes-internacionais-](https://nacoesunidas.org/onu-lanca-diretrizes-internacionais-para-politicas-de-drogas-baseadas-em-direitos-humanos/)

[para-politicas-de-drogas-baseadas-em-direitos-humanos/](https://nacoesunidas.org/onu-lanca-diretrizes-internacionais-para-politicas-de-drogas-baseadas-em-direitos-humanos/)>, resgatado em 14 de julho de 2019.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso)>.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e Redução de Danos: O direito das pessoas que usam drogas**. Ed. Saraiva, São Paulo, 2013.

SAAD, Luísa G. **Fumo de negro: a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932)**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2013.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. Tese de Doutorado, PPG em História Social, Universidade de São Paulo, 2016.



Foto: iStock

# Práticas em Redução de Danos

**Annie Louise Saboya Prado**  
**Ed Otsuka**

A Redução de Danos pode se inserir em diversos contextos e ocasiões dentro das práticas da Psicologia. Dentro da perspectiva de marcos legais, destacamos a dificuldade diante do cenário político atual onde as portarias e legislações que tratam da temática das drogas e abarcavam a Redução de Danos como possibilidade de cuidado estão sendo eliminadas ou modificadas na atual Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que dispõe sobre 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, não é encontrado sequer uma vez o termo Redução de Danos. Portanto, essa lei é pautada pela exigência da abstinência, ignorando anos de trabalhos e pesquisas exitosas na área, assim como vozes de diversas trabalhadoras e usuárias dos serviços.

A abstinência, ao contrário do que proibicionistas costumam divulgar, não é excluída dentro das práticas de Redução de Danos, é sim uma das possibilidades, podendo ser vista como um objetivo ou não, sendo essa considerada dentro de uma ampla gama de possibilidades, onde são respeitadas as singularidades e diferentes modos de estar no mundo e assim de usar substâncias. A análise

---

*“A abstinência, ao contrário do que proibicionistas costumam divulgar, não é excluída dentro das práticas de Redução de Danos, é sim uma das possibilidades”*

das possibilidades de cuidado, das singularidades e dos modos de estar no mundo proposta para a atuação em Redução de Danos se fundamenta técnica e teoricamente e sempre deve estar em consonância com o Código de Ética do Profissional Psicólogo e na defesa dos Direitos Humanos.

Neste sentido, não é necessário, apesar de desejável, que as políticas governamentais pautem ou reconheçam a Redução de Danos para que profissionais se utilizem dessa ferramenta. Além de ser uma ferramenta, a Redução de Danos é também uma visão de mundo apoiada nos princípios éticos fundamentais de nossa profissão, é uma perspectiva de atuação ética e responsável. Dentro do Código de Ética Profissional do Psicólogo, podemos destacar o Princípio Fundamental III: “O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural”.

---

*“Além de ser uma ferramenta, a Redução de Danos é também uma visão de mundo apoiada nos princípios éticos fundamentais de nossa profissão, é uma perspectiva de atuação ética e responsável”*

Considerando que o proibicionismo que violenta pessoas, especialmente a população jovem, negra e periférica, é uma política que tem se mostrado ineficaz na redução de oferta

e no uso de drogas, é imprescindível que a(o) profissional psicóloga(o) pautar sua atuação nesta perspectiva de análise crítica. A pessoa usuária de drogas está inserida em um contexto histórico e cultural e não deve ser destacada de sua realidade e ser colocada em serialidade simplesmente pelo uso de drogas.

---

*“A pessoa usuária de drogas está inserida em um contexto histórico e cultural e não deve ser destacada de sua realidade e ser colocada em serialidade simplesmente pelo uso de drogas”*

A Redução de Danos considera a multiplicidade das subjetividades possíveis formadas por conexões e contextos diversos dentro de nossa realidade e por isso não aceita uma única forma de cuidar e de orientar pessoas usuárias e profissionais que atuam na temática do uso de drogas.

Uma das premissas básicas da RD é a “não centralidade na substância”, na análise da temática ou no atendimento às pessoas usuárias. Nesse sentido, podemos pensar comparativamente às práticas e políticas voltadas para a abstinência em relação às práticas de RD em que o

*[...] usuário de drogas deixa de ser considerado passivo diante do consumo e com capacidade para adotar formas de consumo menos prejudiciais. A droga não é considerada o agente determinante e a relação que se estabelece não é necessariamente de dependência. Nesse sentido a lógica se inverte, pois, se no primeiro caso as ações e políticas se voltam para a substância, aqui elas se voltam para o usuário, para orientá-lo, informá-lo e criar condições para desenvolver autonomia visando ao autocuidado. (CAMPOS; SANTOS; SOARES, 2010, p.8)*

Mesmo no contexto das políticas públicas, CAPS AD e outros serviços que atendam o público de usuários de drogas a atenção para a práxis da Psicologia deve ser diária. A mídia e as políticas nacionais e internacionais proibicionistas fazem assertivamente um bom serviço de desinformação que nos atravessa cotidianamente. É comum a reprodução de práticas manicomializadas dentro de serviços que deveriam se propor a uma direção contrária.

---

*“A mídia e as políticas nacionais e internacionais proibicionistas fazem assertivamente um bom serviço de desinformação que nos atravessa cotidianamente”*

*[...] abordagens padrão se repetem no cotidiano de trabalho, obrigando os sujeitos a se dobrarem a um processo de subjetivação que segrega os usuários de substâncias, infantiliza e culpabiliza os indivíduos. A segregação está diretamente ligada à culpabilização, ela é uma forma de manter a ordem social segundo quadros de referência imaginários, funcionando de forma manipulatória através do estabelecimento, mesmo que imaginário, de sistemas hierárquicos. (ES-TAUBER; GUIMARÃES, 2017, p. 277).*

A Redução de Danos é uma tecnologia acessível e descomplicada e talvez por isso não atenda alguns interesses econômicos onde o foco não é acolher e cuidar, mas sim lucrar. Quando a Psicologia está embasada em princípios éticos não é possível uma atuação que não esteja atenta aos princípios de equidade. É necessário que a atuação, assim esteja intimamente ligada à pauta dos Direitos Humanos.

---

*“Quando a Psicologia está embasada em princípios éticos não é possível uma atuação que não esteja atenta aos princípios de equidade”*

*Em se tratando especificamente do campo de atenção e cuidado em álcool e outras drogas, a subcidadania e o sofrimento ético-político qualificam o debate na medida em que abre uma interlocução necessária e importante com o campo dos Direitos Humanos, permitindo que tratemos de forma desigual os desiguais, ou seja, que criemos narrativas, discursos e práticas que desloquem “a substância”, “a droga” do centro das discussões e possamos, de fato, discutir sobre o uso problemático e abusivo de álcool e outras drogas pelas populações marginalizadas a partir do núcleo central da questão; a naturalização e perpetuação da desigualdade social, da miséria e da exclusão entre nós. (SURJUS; SILVA, 2019, p.84)*

*“A Redução de Danos implica na participação ativa das pessoas envolvidas no projeto de cuidado, desde a sua elaboração e durante todo o trajeto a ser percorrido”*

Nesse sentido, ampliamos as possibilidades de atuação em RD. Existe espaço nas políticas públicas, nos consultórios, nas instituições de ensino, na educação popular e na militância. Criatividade, busca constante pelo aperfeiçoamento profissional, aproximação de espaços que dão voz aos usuários de drogas são algumas outras chaves para a atuação. A Redução de Danos implica na participação ativa das pessoas envolvidas no projeto de cuidado, desde a sua elaboração e durante todo o trajeto a ser percorrido.

Encontramos trabalhos acadêmicos, referências atuais, projetos e trabalhos exitosos em RD por todo o mundo, seja no âmbito comunitário ou estatal. É sabido de regulações sobre porte e uso de drogas, por exemplo, Portugal, Espanha, Alemanha, Noruega ou Holanda permitem a redução de riscos sociais associadas ao proibicionismo e permitem menor estigmatização e, assim, maior acesso aos tratamentos, quando necessário. Tratamentos que possuem, por exemplo, salas de consumo de drogas ilícitas permitindo maior possibilidade de aproximação do usuário com o serviço, que possui uma equipe que, além de auxiliar na integridade física e diminuir risco de overdose, se dispõe a auxiliar e orientar os usuários sem focar o trabalho na exigência de abstinência.

No Brasil, há décadas a Redução de Danos é um campo em disputa, com momentos de mais avanços, outros de mais retrocessos. Já foi muito importante, e ainda é, a distribuição de insumos, como piteiras e protetor labial para usuários de crack, visando minimizar os danos do uso e incentivar o uso individual, diminuindo os riscos frente às ISTs/HIV/AIDS e Hepatites Virais.

A inserção do trabalho e geração de renda, o acesso a moradia, o trabalho em rede, entre outros aspectos considerados seriamente pela RD apontam para uma visão mais ampla de qual o objeto estamos tratando. Por exemplo, o extinto programa “Braços Abertos”, que propunha acesso à geração de renda, aos hotéis sociais e aos

serviços de forma intersetorial e sem a exigência de abstinência. Programa este elaborado e executado com a participação dos usuários, como deve ser toda ação em RD<sup>1</sup>.

As ações de informar sobre os efeitos de cada droga, formas de utilização, dicas de uso menos danoso e arriscado e sobre a associação entre mais de um tipo de substância no mesmo uso, por meio de produção e distribuição de folhetos<sup>2</sup>, promoção de discussões, rodas de conversa, trabalho em rede dentro das políticas públicas, ações de matriciamento em saúde, ações e serviços nas cenas de uso também são potentes possibilidades de práticas em Redução de Danos. Há interessantes trabalhos em São Paulo de coletivos organizados de ações em contexto de festas e em cenas de uso, como *O ResPire Redução de Danos* e o centro de convivência *É de Lei*.

Redutores de Danos podem ser todas(os) nós, psicólogas(os), professoras, trabalhadoras(es) de serviços públicos, entre outras(os), porém é importante ressaltar, valorizar e incentivar a criação de cargos de Redutores de Danos nas esferas governamentais e comunitárias. Cargos estes já existentes, mas ainda incipientes, que não exijam formação acadêmica e que possam ofertar à usuários dos serviços a possibilidade de trabalhar com a temática, aparados por uma equipe multiprofissional.

*“Redutores de Danos podem ser todas(os) nós, psicólogas(os), professoras, trabalhadoras(es) de serviços públicos, entre outras(os), porém é importante ressaltar, valorizar e incentivar a criação de cargos de Redutores de Danos nas esferas governamentais e comunitárias”*

A inserção da Psicologia na Educação é tema importante a considerar no que se relaciona ao tema da RD como dispositivo de prevenção ao uso prejudicial de drogas. A Psicologia inserida em diversos contextos pode, se não dentro da política

1 Confira: <http://pbpd.org.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-programa-de-bracos-abertos/>

2 Confira: <http://edelei.org/portfolio-type/publicacoes>

de Educação, mas de forma intersetorial, investir em ações dentro de uma lógica antiproibicionista e não repressiva levar o tema de drogas na escola, trazendo aspectos de forma não sensacionalista e descolada da realidade das crianças e adolescentes. Ressaltando que ações de RD também podem prever a ampliação do repertório de acesso à cultura e lazer com intuito em diminuir o interesse e o uso precoce de crianças e adolescentes.

---

*“A Psicologia inserida em diversos contextos pode, se não dentro da política de Educação, mas de forma intersetorial, investir em ações dentro de uma lógica antiproibicionista e não repressiva levar o tema de drogas na escola”*

Vale apontar para coordenadoras e professoras dos cursos de graduação em Psicologia e ao próprio CRP a importância de fomentar o tema da Reforma Psiquiátrica, práticas antimanicomiais e Redução de Danos como parte da grade curricular.

Um importante dispositivo para as práticas de Redução de Danos é a Atenção Psicossocial nos seus diversos níveis. A Atenção Básica pode atuar na prevenção ao uso prejudicial de drogas e na atenção ao uso inicial ou menos danoso. Com uma abordagem e acolhimento não repressivo e não moralista, este serviço pode aproximar usuários, orientar e fomentar autonomia frente ao uso de drogas. Uma das formas, mais recentemente, utilizadas na Atenção Básica com foco não medicalizante para questões diversas e que podem ser interessantes aos usuários de drogas para amenizar possíveis sintomas que o façam usar drogas ou que possam surgir com a diminuição do uso são as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) e outras atividades corporais e criativas com esse foco não patologizante e não medicalizante.

---

*“A Atenção Básica pode atuar na prevenção ao uso prejudicial de drogas e na atenção ao uso inicial ou menos danoso”*

Outros serviços que em sua origem e natureza devem atuar na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e assim aliados à RD são os já mencionados CAPS AD, os outros tipos de CAPS e também os importantes serviços dos Consultórios na Rua e de Rua, dispositivos que devem atuar de forma a aproximar e acolher pessoas em situação de rua, considerando os aspectos aqui mencionados de marcadores sociais e sem a exigência da abstinência. Assim como as Unidades de Acolhimento pertencentes também a Atenção Psicossocial e essenciais aos processos de cuidado ao usuário de drogas em sofrimento e em fragilidade de vínculos familiares e comunitários.

O trabalho intersetorial é imprescindível para um bom trabalho direcionado aos usuários de drogas, especialmente à população de rua. SUS e SUAS acabam por serem as maiores portas de entrada de usuários e é necessária interlocução e canais de comunicação mais acessíveis. Entretanto sabe-se da importância da comunicação e de parcerias com outras políticas públicas como a de Educação, Trabalho e Renda, Esporte e Lazer.

---


*“O trabalho intersetorial é imprescindível para um bom trabalho direcionado aos usuários de drogas, especialmente à população de rua”*

Todas essas formas de atuação em RD não visam apenas o cuidado integral individual e a diminuição do uso de drogas ou de danos à saúde física e mental do sujeito. A crítica ao proibicionismo e as formas perversas estruturais de nossa sociedade nos apontam para que a atuação em RD se pautem também na redução de danos e riscos sociais. A estrutura racista e patriarcal afeta subjetividades de formas diferentes e precisa ser questionada junto ao proibicionismo. Questionar o modelo punitivista, o sistema de justiça desigual, o modelo de política de drogas e o encarceramento em massa nos move para a responsabilidade de também reparar os prejuízos da repressão e da “Guerra às Drogas”, que no fim se trata de guerra contra pessoas e grupos específicos de pessoas.

A estigmatização e a produção de subjetividades dependentes ocupa os espaços de exclusão, de restrição de liberdade e de “tratamentos” baseados exclusivamente na abstinência, na

---

*“A estrutura racista e patriarcal afeta subjetividades de formas diferentes e precisa ser questionada junto ao proibicionismo”*

culpabilização do indivíduo e na centralidade na substância e seus supostos perigos. A Redução de Danos, em contrapartida, é companheira e aliada à Luta Antimanicomial, à Reforma Psiquiátrica e a seus princípios e assim defende o cuidado em liberdade, o respeito à liberdade religiosa, a diversidade de formas de subjetivação e se aproxima das lutas por moradia e pelo direito à terra, da luta contra o extermínio da população negra e de periferia, da luta antiproibicionista, da luta em defesa das políticas públicas e das lutas das mulheres e população LGBTI. 

## Referências

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; SANTOS, Vilmar Ezequiel; SOARES, Cássia Baldini. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. Rio de Janeiro: **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, 2010, 20 [ 3 ]: 995-1015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a16.pdf>>.

ESTAUBER, Andressa; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DEPENDENTE NOS CAPSad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. *in*: Resistência, liberdade e sustentabilidade: movimentos rizomáticos de produção de saúdes diversas, com pensamentos libertários. Brasil, **Saúde em Redes**. 2017; 3 (3): 273-383. Disponível em: DOI: <<http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3np273-283>>.

SILVA, Patricia C; SURJUS, Luciana T. de Lima (Orgs). **Redução de Danos**: Ampliação da vida e materialização de direitos. São Paulo: UNIFESP, 2019. Ebook disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>





Foto: iStock

# Comunidades Terapêuticas: espaço árido para o cuidado e fértil para violações de direitos humanos

**Ed Otsuka**  
**Annie Louise Saboya Prado**

Historicamente, as comunidades terapêuticas (“therapeutic community”) surgiram na década de 1950, com o propósito de tratamento da neurose de guerra em soldados ingleses. Passam a se proliferar como instituição de tratamento a “toxicômanos”, na década de 1960.

Os centros de referência, na década de 80, estavam focados na produção de conhecimento técnico-científico e formação de recursos humanos (universidades públicas), muitos apresentavam uma oferta restrita de tratamento à população e funcionavam de forma pouco articulada com o sistema público de saúde.

As comunidades terapêuticas (CTs), em sua maioria, instituições de natureza não governamental, começaram a ser criadas no país na década de 1970 e tiveram seu número expandido na década de 1990.

Na década de 60, nos EUA, as CTs são apresentadas ao mundo. E, seguindo o mesmo modelo de abstinência, no Brasil, a partir de meados da década de 70. Portanto, não é uma instituição recente, como alguns pensam, o que é justificado tendo em vista a proliferação dessas por todo o país, como oferta de um suposto tratamento, especialmente, que acompanha o agravamento da questão do consumo de crack e do contexto político atual, em que o Estado é diminuído, assim como as políticas públicas, em detrimento dos interesses privados. A discussão sobre as CTs ganha maior visibilidade com os interesses econômicos envolvidos, disputas políticas, regulamentação e a consequente legitimação pelo CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas).

Frente ao interesse econômico privado e de grupos religiosos representados pelas CTs, o SUS e a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial sofrem ataques, seja nas formas de financiamento do sistema público, seja na lógica do cuidado singular e integral, da política de redução de danos e da defesa dos direitos humanos.

---

*“Frente ao interesse econômico privado e de grupos religiosos representados pelas CTs, o SUS e a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial sofrem ataques”*

As CTs recebem recursos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), subordinada ao Ministério da Justiça. Segundo dados expostos no site do Ministério da Saúde (2018), no ano de 2018, o Governo Federal investirá R\$ 87.000.000,00 para financiamento de Comunidades Terapêuticas, dobrando o número de vagas para acolhimento aos pacientes com dependência química. Com essa medida, a expectativa é acolher mais de 20.000 pacientes em um ano. Enquanto o investimento em CAPS AD (álcool e drogas) somou apenas R\$ 42 milhões, em 2018, com 331 serviços dessa modalidade, no Brasil.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, no início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD nº 1/2018), com o objetivo de promover ações que façam

frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país. Entre elas, o apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas". (BRASIL, 2018)

A Secretaria de Atenção à Saúde da pasta editou em outubro de 2016 a portaria 1.482, que determina a inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Não houve qualquer discussão. A própria Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas não reconhecia as CTs como equipamento de saúde.

A portaria surge dois meses após a Justiça acatar pedido do Ministério Público Federal e suspender os efeitos de uma resolução do CONAD, também subordinado ao Ministério da Justiça. Publicada em agosto de 2015, a resolução regulamentou o funcionamento das comunidades terapêuticas e as classificou como "equipamentos de apoio" dos sistemas de saúde e assistência social. De acordo com o Ministério da Justiça e Segurança Pública (2019), existem atualmente mais de 1800 comunidades terapêuticas, no Brasil.

---

*"Ao contrário do que é preconizado na Lei 10.216/2001, segundo a regulamentação vigente acerca das CTs, é exigido na composição da equipe responsável pelo tratamento, apenas um profissional de saúde ou assistência social"*

Segundo a Lei 10.216/2001, no artigo 4º, é vedada a internação de usuários em instituições com características asilares, isto é, aquelas que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados na legislação e que são desprovidas de um tratamento que ofereça assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais. A assistência integral inclui serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Dessa forma, ao contrário do que é preconizado na Lei 10.216/2001, segundo a regulamentação vigente acerca das CTs,

é exigido na composição da equipe responsável pelo tratamento, apenas um profissional de saúde ou assistência social.

O lobby pela regulamentação da atividade resultou no lançamento da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas, em 2015, e na consequente aprovação do marco regulatório pelo CONAD.

Há uma constante movimentação em favor das Comunidades Terapêuticas, por parte do Poder Legislativo. O Projeto de Lei (PL) 2083/2019 indica diretrizes para o atendimento das Comunidades Terapêuticas como Política Pública permanente no Território Nacional, que garante o cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química, em regime de residência transitória, instituindo como a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Assistência Social - PNAS e no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD.

Foi apensado ao PL 7704/2010, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Por sua vez, foi apensada ao PL 6644/2009, que dispõe sobre a obrigação de o Sistema Único de Saúde dispor de unidades especializadas no tratamento, prevenção, pesquisa e combate à dependência química. Todos os PLs estão apensados no PL 5857/2009, que autoriza o Poder Executivo Federal, em articulação com os municípios sedes das regiões administrativas, a criar clínicas públicas para dependentes químicos de álcool e drogas. Esta aguarda designação de relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Em 5 de junho de 2019 é sancionado o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 37, que reconhece as Comunidades Terapêuticas como serviços públicos destinados ao tratamento de pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, bem como legitima a internação compulsória como instrumento de intervenção no tratamento do uso problemático de substâncias psicoativas.

Atualmente, há uma nítida e manifesta defesa às Comunidades Terapêuticas, por parte do poder público. Ignora-se a atenção e cuidado integral, humanizado e em liberdade, em

---

*“Ignora-se a atenção e cuidado integral, humanizado e em liberdade, em serviços de base territorial e comunitária, o que é preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e aportada por numerosos estudos e pesquisas científicas”*

serviços de base territorial e comunitária, o que é preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e aportada por numerosos estudos e pesquisas científicas. A promoção de saúde e bem-estar fica subordinada à expansão desenfreada de instituições que não possuem bases técnicas e éticas, que respondem ao interesse privado e financeiro.

---

*“Há uma nítida e manifesta defesa às Comunidades Terapêuticas, por parte do poder público”*

Ademais, com o discurso de promoção de tratamento, o que se revela é um cenário favorável a violações de direitos e práticas de violência e silenciamento a pessoas já vulnerabilizadas pelo uso de álcool e drogas decorrente de danos históricos, sociais e políticos por parte do Estado e da sociedade em geral.

As entidades privadas se baseiam na lógica proibicionista, repressora e excludente, pela qual o consumo de álcool e outras drogas é considerado uma “falha de caráter”. A imposição moral e religiosa, encontra campo privilegiado, pautando as práticas e discursos, que caracterizam tais instituições que defendem o discurso da “abstinência”, que consiste na imediata parada do uso pelo corte abrupto de acesso às substâncias e, também, do acesso à sociedade, por meio do asilamento.

A abstinência não é negada na lógica de Redução de Danos, mas deve ser considerada singularmente. No caso das CTs, constitui como base para o enfrentamento do tratamento, o que consiste em ameaça à vida das pessoas sujei-

---

*“As entidades privadas se baseiam na lógica proibicionista, repressora e excludente, pela qual o consumo de álcool e outras drogas é considerado uma ‘falha de caráter’”*

tadas, pela grande probabilidade de provocar a Síndrome de Abstinência, cuja possibilidade de acometimento deve ser avaliada singularmente, o que, em geral, não é considerada nesse tipo de instituição, já que defendem a parada abrupta do uso com a reclusão do sujeito e seu distanciamento das substâncias e da comunidade.

As CTs não se utilizam das salas de desintoxicação ofertadas por serviços de urgência e emergência, como os Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorros (PS), que possuem a função de acompanhar o primeiro momento em que o sujeito cessa o uso da substância, quando é necessário um acompanhamento intensivo do sujeito que passa por uma agressiva mudança orgânica e mental. A gravidade da imprudência é potencializada pela falta de qualificação de recursos humanos e emergenciais necessários para contornar uma situação limite como essa.

---

*“Nas CTs, são comuns práticas de violência, que podem ser caracterizadas como tortura, bem como: a privação de liberdade e exclusão do convívio social; a laborterapia que se caracteriza nesses espaços como trabalho forçado; a negação do direito à privacidade e comunicação com o mundo externo a essas instituições; punições; contenção física, medicamentosa, mecânica e espacial; violação de direitos de crianças e adolescentes; além da imposição religiosa”*

Nas CTs, são comuns práticas de violência, que podem ser caracterizadas como tortura, bem como: a privação de liberdade e exclusão do convívio social; a laborterapia que se caracteriza nesses espaços como trabalho forçado; a negação do direito à privacidade e comunicação com o mundo externo a essas instituições; punições; contenção física, medicamentosa, mecânica e espacial; violação de direitos de crianças e adolescentes; além da imposição religiosa.

Em princípio, o tratamento oferecido pelas CTs impõe a privação de liberdade, impedindo o convívio comunitário e familiar, favorecendo rupturas de laços e vínculos institucionais e afetivos. Com isso, o sujeito é expropriado do poder de estabelecimento de relações sociais de acordo com sua singularidade. O sujeito é anulado e sua volição e desejo são obstruídos. Ele é interdito como sujeito de direitos básicos, mesmo que não judicialmente.

*Art. I. Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.*

*Art. II. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.*

*Art. III. Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. (ONU, 1948, p. 4)*

---

*“O discurso dessas instituições defende que o uso problemático de álcool e outras drogas diz respeito à uma ‘falha de caráter’, portanto é importante que o sujeito trabalhe, ‘pegue na enxada’, se arrependa de seus pecados e recupere sua moral”*

A prática da laborterapia, comum a essas instituições, serve à lógica punitivista, que desconsidera os danos sofridos historicamente pelo sujeito, localizando apenas nele as origens do uso

problemático, afirmando-o como único responsável e culpado por seu sofrimento. O discurso dessas instituições defende que o uso problemático de álcool e outras drogas diz respeito à uma “falha de caráter”, portanto é importante que o sujeito trabalhe, “pegue na enxada”, se arrependa de seus pecados e recupere sua moral.

*Art. XXIII. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. (ONU, 1948, p. 12)*

Vale ressaltar que tais práticas, além de servirem a uma lógica coercitiva, atendem também a interesses financeiros, ao passo que alocam a força de trabalho dos supostos atendidos em funções de responsabilidade da instituição, como zeladoria e manutenção do espaço (limpeza, carpinação, entre outros). A prática é também utilizada como forma de punição para o controle e normatização de comportamentos.

*Outro termo da díade que norteia a prática dessas instituições, o trabalho – forçado, não remunerado, sem sentido e perspectiva –, recebe aqui, como nos hospícios, a mesma nomeação: laborterapia. Na prática, é nada mais nada menos que a realização de tarefas cotidianas de manutenção da estrutura física da instituição, como lavar, passar, cozinhar, etc. O trabalho assume, nesta proposta de tratamento, a mesma adjetivação dada pelo manicômio e pelas prisões, o caráter de puro imperativo moral. Trabalha-se para combater o ócio, para limitar a liberdade e submeter à ordem. Mas, também, trabalha-se para gerar lucro para outrem, trabalha-se sem direito a remuneração ou a qualquer forma de proteção. A laborterapia, neste caso, assume caráter análogo ao trabalho escravo. Um modo de dispensar a presença de trabalhadores – a suposta laborterapia ressurgiu como conceito que justifica a utilização de mão de obra não remunerada, tornando mais lucrativa a atividade institucional. (Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 192)*

As contenções do sujeito caracterizam a lógica manicomial adotada, pelas quais os sujeitos são silenciados, imobilizados, anulados e invisibilizados. O sujeito é impedido de falar, sentir, pensar, escolher. Há uma gama de formas de contenção: física, que ocorre pela imobilização por meio da força física de agentes responsáveis pelo cuidado dos atendidos; mecânica, realizada por meio de instrumentos que impedem movimentos corporais, como cordas, faixas e outros; espacial, quando o

sujeito é confinado em espaço delimitado e com acesso restrito por portas e fechaduras; e medicamentosa, pela qual a administração de medicações servem ao propósito de inibir funções da pessoa, como a fala, o pensamento, o movimento corporal ou qualquer forma de expressão do indivíduo. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artigo V (ONU, 1948, p. 5), "Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante."

*"As contenções do sujeito caracterizam a lógica manicomial adotada, pelas quais os sujeitos são silenciados, imobilizados, anulados e invisibilizados. O sujeito é impedido de falar, sentir, pensar, escolher"*

Em muitas comunidades terapêuticas, também é comum a alocação de adolescentes no mesmo espaço em que permanecem os adultos, o que desrespeita a garantia de integridade física, psíquica e moral. Outrossim, o direito da criança e do adolescente é comumente violado pela negação de acesso ao convívio familiar e comunitário, à educação, ao lazer e esportes, entre outros (BRASIL, 1990).

*Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.*

*Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:*

- I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;*
- II - opinião e expressão;*
- III - crença e culto religioso;*
- IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;*
- V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;*
- VI - participar da vida política, na forma da lei;*
- VII - buscar refúgio, auxílio e orientação.*

*Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.*

*Art. 18. É 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)*

*"Em muitas comunidades terapêuticas, também é comum a alocação de adolescentes no mesmo espaço em que permanecem os adultos, o que desrespeita a garantia de integridade física, psíquica e moral"*

Pode-se observar, também, a ocorrência de violações de ordem político-jurídicas, em forma de internações compulsórias e involuntárias que não respeitam os trâmites previstos em lei, como a exigência de laudo médico, esgotamento dos recursos comunitários e territoriais anterior à indicação de internação, além de desligamento espontâneo e termos de voluntariedade, em caso de internação voluntária. (BRASIL, 2001)

*Artigo VI. Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.*

*Artigo VII. Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.*

*Artigo. IX. Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado. (ONU, 1948, p. 6-7)*

Observa-se a violação da privacidade e impedimento da comunicação com a família e a comunidade. A violação de correspondências (eletrônica ou em papel) e monitoramento de conversas telefônicas e presenciais são práticas comuns nesse tipo de instituição. Com a justificativa de acessar conteúdos que sejam relevantes ao tratamento do

indivíduo em sofrimento, em verdade se trata de uma prática que viola o direito à sua intimidade, de escolher quando e para quem expressar seus sentimentos e afetos (positivos ou negativos), muitas vezes nessa situação de asilamento, a única representação de sua singularidade. Trata-se, portanto de uma forma de silenciamento.

---

*“Observa-se a violação da privacidade e impedimento da comunicação com a família e a comunidade. A violação de correspondências (eletrônica ou em papel) e monitoramento de conversas telefônicas e presenciais são práticas comuns nesse tipo de instituição”*

Outra prática corriqueira nesses ambientes é o controle e impedimento de comunicação com o mundo externo à comunidade terapêutica. Esse expediente serve, também, para evitar reclamações e elucidação às famílias e à sociedade acerca das práticas desenvolvidas nesses espaços. O indivíduo é posto em situação de isolamento social, negando-lhe o direito de agir sobre sua realidade.

---

*“O indivíduo é posto em situação de isolamento social, negando-lhe o direito de agir sobre sua realidade”*

*Artigo XII. Ninguém será sujeito à interferência em sua vida privada, em sua família, em seu lar ou em sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.*

*Artigo XIX. Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.*

*Artigo XX. 1. 1. Todo ser humano tem direito à liberdade de reunião e associação pacífica. (ONU, 1948, p. 10-11)*

Percebe-se que a lógica fundante das comunidades terapêuticas, que pauta suas práticas, está alicerçada no discurso religioso com base moralista e culpabilizadora. É notória a recorrente violação do princípio da laicidade, pela qual deve-se garantir que não haverá imposição de crenças, práticas e cultos religiosos. No entanto, o que se identifica é exatamente o oposto, por meios contundentes ou outros mais sutis. Seja pela punição, seja pela gratificação, seja pela exposição simbólica, seja pelo funcionamento e organização institucional, seja pelo discurso terapêutico com base em imposição de valores.

*Art. XVII. Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, em público ou em particular. (ONU, 1948, p. 10)*

---

*“As comunidades terapêuticas constituem espaços férteis para a violação de direitos humanos, cuja lógica adotada vai na contramão da promoção do cuidado e acolhimento do sofrimento e da singularidade do sujeito”*


Portanto, as comunidades terapêuticas constituem espaços férteis para a violação de direitos humanos, cuja lógica adotada vai na contramão da promoção do cuidado e acolhimento do sofrimento e da singularidade do sujeito. Em nome de um discurso moralista, que “arrebata corações e mentes” em uma sociedade conservadora como a nossa, o que impera é a opressão, a repressão e a violação de direitos humanos.

As comunidades terapêuticas servem ao projeto “higienista” pela repressão, exclusão e si-

---

*“As comunidades terapêuticas servem ao projeto ‘higienista’ pela repressão, exclusão e silenciamento”*

lenciamento. O direito de volição é retirado pelas relações de poder, pautados na violência infringida ao sujeito posto em lugar de objeto. As práticas, relações e discursos seguem a lógica manicomial, constituindo, atualmente, a mais proeminente modalidade de manicômio.

Nessas instituições, ignora-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), da qual o Brasil é signatário, a Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei 10.216 (2001), o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e, especificamente no que concerne à prática da Psicologia, o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). 

## Referências

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério Da Justiça E Segurança Pública. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 20 de jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 3088**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei Complementar nº 37**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 19 de jun. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>.





Foto: iStock

# O sintoma social do uso de álcool e outras drogas e as pessoas em situação de rua

**Juliana Leite Godoy Veneziani Silva**

**Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti**

**Evelyn Sayeg (Frente Estadual Antimanicomial)**

**Edvaldo Gonçalves de Souza (Movimento Nacional de População de Rua)**

**Anderson Miranda (Movimento Nacional de População de Rua)**

Culturalmente, o uso de drogas e o morar na rua, podem ser pensados como marcadores significativos de exclusão e marginalização social. É preciso ponderar sobre qual o real papel que o Estado tem exercido no cuidado com a população em situação de rua que faz uso abusivo de álcool e outras drogas e os atravessamentos políticos da “Guerra às Drogas” que despotencializam as práticas de cuidado.

---

*“É preciso ponderar sobre qual o real papel que o Estado tem exercido no cuidado com a população em situação de rua que faz uso abusivo de álcool e outras drogas”*

Apesar de não existir dados oficiais que datam o início da problemática da população em situação de rua, entende-se que, mundialmente, se deu a partir da Revolução Industrial. Neste período ocorre a transição do feudalismo para o capitalismo e aqueles que não possuíam propriedades privadas e condições para desenvolver um padrão de consumo foram descartados e passaram a sobreviver na rua.

O fundamento do pensamento liberal do séc. XVIII, XIX e neoliberalismo no séc. XX também podem ser considerados outro agravante, por argumentarem que políticas públicas tornavam a população dependente do Estado, e que o progresso e prosperidade é fruto do trabalho individual. Por-

tanto, com o Estado Mínimo, as políticas públicas são precarizadas ou inexistentes, tornando mais ainda vulnerável a sobrevivência na rua.

Essa problemática, evidentemente, é uma condição de sintoma social produzido, portanto, socialmente. E, muito embora, haja uma tendência, na perspectiva neoliberal, de individualizar os problemas e compreender as dificuldades como relativas ao indivíduo - que poderia fazer algo para sair da situação “precária” em que se encontra e não fez - um olhar atento e crítico a situação deixa evidente a complexidade da questão e o papel evidente e fundamental do social, como produtor de sofrimentos e exclusões.

No decorrer das décadas essa população tornou-se cada vez maior e mais heterogênea, tendo em comum a falta de habitação, pobreza, vínculos sociais fragilizados ou inexistentes que buscam a rua como lugar de sustento e moradia, tornando-se um problema social que demanda atenção e cuidados. O percurso traçado pela ação estatal foi o do modelo higienista, buscando soluções rápidas de “limpeza” das ruas, contribuindo para o aumento da estigmatização, preconceitos, estabelecendo relações supostas de causalidades que se baseiam somente no senso comum, sem produzir leituras críticas acerca da problemática.

A compreensão da massa da sociedade acerca da população em situação de rua aponta para uma visão de que são desprovidos de identidade ou história de vida ou que, individualmente, são enfraquecidos e incapazes de empreender e galgar um modo de vida diferente para si. Apesar de nos depararmos com essas pessoas na rua, elas, aos poucos, vão se constituindo como par-

te da “paisagem” urbana, se tornam invisíveis aos olhos, à sociedade, banalizados como parte da fotografia local que não mais incomoda e nem causa questionamentos. Ficam assim, marginalizados, estigmatizados, frequentemente associados à criminalidade e à pobreza.

---

*“Para os usuários de drogas, a rua é tanto um fator de risco quanto espaço de acolhimento e laço social, tanto excludente quanto inclusivo”*

Para os usuários de drogas, a rua é tanto um fator de risco quanto espaço de acolhimento e laço social, tanto excludente quanto inclusivo. Pois, diante da marginalização social enfrentada, as situações de vida, vínculos familiares rompidos, falta de acesso a serviços, é nas ruas que é possível encontrar um espaço de aceitação e acolhimento.

---

*“Nas ruas, as drogas podem se tornar um fator importante para o enfrentamento das diversas situações adversas e violentas que se impõem: a fome, o frio, as situações abusivas que as pessoas em situação de rua têm de conviver diariamente”*

No entanto, é uma falácia a crença de que as drogas surgem no contexto da rua. O que se tem é uma sociedade que passa histórica e socialmente pela condição de uso de drogas e, portanto, sabe-se que grande parte das pessoas que se encontram nas ruas tiveram acesso e fizeram uso de drogas quando ainda não estavam nesta condição. O uso de drogas, portanto, não é uma característica das ruas, mas, sendo um espaço da sociedade, o uso de drogas também lá se apresenta. Nas ruas, as drogas podem se tornar um fator importante para o enfrentamento das diversas situações adversas e violentas que se impõem: a fome, o frio, as situações abusivas que as pessoas em situação de rua têm de conviver diariamente.

O fenômeno atual de envelhecimento da população geral acompanha as ruas, dessa forma, a situação de rua também apresenta peculiaridades relativas à faixa etária e histórico de vida e desses aspectos articulados com o uso de drogas. Como exemplo, temos a condição de uso entre idosos que se apresenta consideravelmente menor do que em outras faixas etárias da população em situação de rua, ainda que existam diferenças entre os idosos da rua e acolhidos. Estima-se que, entre os idosos acolhidos, praticamente não haja uso de drogas ilícitas e que o consumo de álcool seja menor do que o encontrado no conjunto dos acolhidos.

**Tabela 1 - Uso de álcool e drogas - idosos acolhidos e na rua**

Uso de álcool e drogas	Acolhidos	Rua
Uso de substância psicoativa	37%	68%
Uso de álcool	35%	62%
Uso de drogas ilícitas	3%	10%
Uso de crack	1%	8%
Uso de álcool e/ou drogas antes de ir para rua	62%	70%

(FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS - FIPE, 2015)

---

*“Embora haja uma tendência no senso comum de compreender que nas ruas o uso maior de drogas é o de drogas ilícitas, o uso predominante, é o álcool, independentemente da faixa etária”*

Embora haja uma tendência no senso comum de compreender que nas ruas o uso maior de drogas é o de drogas ilícitas, o uso predominante, é o álcool, independentemente da faixa etária. A partir da análise dos dados referentes ao período anterior à ida para as ruas, tem-se uma proporção significativa de usuários de álcool e/ou drogas antes da chegada às ruas.

A rua é um espaço identitário, sendo comum pessoas em situação de rua se agruparem e criarem uma rede de sociabilidade e solidariedade com características culturais, organizacionais e linguísticas próprias que se diferenciam das do município em que estão inseridos.

Por se tratar de um fenômeno multifacetado, considerando que as pessoas são diferentes entre si, com trajetórias de vida diferentes, com fatores

*"Ignora-se a atenção e cuidado integral, humanizado e em liberdade, em serviços de base territorial e comunitária, o que é preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e aportada por numerosos estudos e pesquisas científicas"*

diversos que contribuíram para a situação de viver na rua, são necessárias estratégias de cuidado de forma integral e continuado. Este cuidado deve considerar a singularidade e a complexidade de cada pessoa, as demandas causadas pela vulnerabilidade, como uso de drogas, questões de saúde física e mental e higiene.

Um caminho para trabalhar a complexidade desse fenômeno é através de políticas públicas que reforcem o protagonismo dessa população, a partir de um olhar pela integralidade do sujeito, garantindo a possibilidade de saída da condição de "elementos numa paisagem" e da exclusão social para o de protagonismo e alcance de lugar de sujeito no tecido social.

No Brasil, a redemocratização e a Constituição Federal de 1988 lentamente impulsionam as discussões acerca de políticas públicas sociais e aquelas direcionadas à população em situação de rua. Nos anos 90, são iniciadas, nacionalmente, manifestações sobre a temática de população de rua, dentre elas as mais notórias são: Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua (1993), O grito dos excluídos (1995), Seminários Nacionais e o 1o Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (2001).

Em termos de políticas públicas, em 1993, foi promulgada a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências e institui o CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social. Em 2005, é implantado o SUAS – Sistema Único de Assistência Social e no SUS são implementadas entre 2010 e 2012 uma Política de Atenção Básica à Saúde aprimorando o cuidado em saúde também para a população em situação de rua.

Em 2004, após a Barbárie ocorrida nos dias 19 a 22 de Agosto no Centro de São Paulo onde se rotulou o "Massacre da Sé" e oito pessoas vieram a óbito, se criou com a participação da População em Situação de Rua, o Movimento Nacional da População de Rua e o Dia Luta Nacional de Luta da População em Situação de Rua, que luta por políticas públicas intersetoriais com foco nesta população e realidade.

O uso de drogas, em especial o álcool, existe também entre a população de rua e dada a complexidade desta condição que demanda atenção de diversos setores, tais políticas públicas são importantes para atenção a esta problemática social e para o cuidado de pessoas em situação de rua e uso abusivo de álcool e drogas. Essas políticas devem estar articuladas com serviços de saúde que tratam dos usuários de drogas, sustentados pela prática e Política de Redução de Danos<sup>1</sup>.

Contudo, a necessidade de existência de políticas públicas que busquem para a população em situação de rua a real participação social enquanto cidadãos é um sinal da dificuldade que se tem neste sentido. É preciso ainda avançar nas Políticas de Saúde e Assistência Social e avançar para além destas: em outras áreas como Trabalho, Educação, Cultura, Lazer, Moradia, Esporte, entre outras.

É fundamental a compreensão tanto da problemática da população em situação de rua quanto do uso de drogas como sintomas sociais e não características ou "patologias" individualizáveis, que perversamente culpabilizam o indivíduo e impedem - ou, ao menos, dificultam - sua emergência enquanto sujeito e cidadão. 🌱

*"É fundamental a compreensão tanto da problemática da população em situação de rua quanto do uso de drogas como sintomas sociais e não características ou 'patologias' individualizáveis"*

## Referências

BRASIL. **Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

FIPE, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo.** São Paulo, 2015. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao\\_de\\_editais/0005.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0005.pdf)>.

1 No capítulo II e no capítulo VII deste caderno, as temáticas de Redução de Danos e Intersetorialidade são elaboradas com mais detalhes



## **Drogas e gênero: denúncias, construção de redes de cuidado, afeto e redução de danos entre mulheres, uma perspectiva feminista e antiproibicionista**

**Amanda Araújo Amorim (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas)**  
**Gleica Rodrigues Tomasoni (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas)**  
**Juliana Vicente de Freitas (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas)**  
**Emanoela Priscila Toledo Arruda**  
**Caroline Cusinato**

*As violências que sofri estão marcadas no meu corpo. Não tem como esquecer. (Ingrid- trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

*[...] tem uma violência que ninguém enxerga, acho que porque é violência contra as mulheres e a gente mesmo depois fica acuada de denunciar. Vai denunciar pra quem? Ai tem que ficar calada, você vê a violência ali com a sua parceira e você não pode fazer nada, porque se você falar pode morrer também, aí ninguém fala, tem esse silêncio... Isso me mata, eu sofro com isso. (Dandara - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

*E o povo quando vê só faz maltratar a mulher, discriminar mais. Você acha que ela não sente? Ela sente tudo, e só faz se afundar mais. Cada vez mais ela vai piorando, porque não tem ninguém por ela... Pra mim se eu tivesse um dia como ajudar elas, essas meninas, como eu, era de abrir um lugar que elas pudessem ir para se desabafar. Um lugar aberto para todas as mulheres [...] que realmente cuidasse e desse atenção. (Maria - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

Nossa sociedade é composta por diversos modelos de controle estabelecidos por sistemas de opressão capitalista, racista e patriarcal, que acarretam em diversas desigualdades, entre elas, a de gênero, refletindo na vulnerabilização de alguns corpos em detrimento de outros. Neste sentido, há especificidades no que diz respeito a temática drogas e gênero.

As políticas de Estado proibicionistas exercem impacto diretamente nas vidas das mulheres em suas pluralidades, principalmente aquelas em con-

dições de maior vulnerabilidade (mulheres negras, pobres, periféricas, em situação de rua, prostitutas, mulheres trans e travestis), através de diversos mecanismos de controle nos corpos femininos. O cenário agrava-se quando se trata do Estado Brasileiro, pois, este opera a partir do mandato da masculinidade e “o uso do aparato repressivo e militar via uso da violência contra mulheres é o método para reafirmar a sanha punitiva e a força de controle do Estado patriarcal e colonial” (MALHEIRO, p. 237, 2019).

---

*“As políticas de Estado proibicionistas exercem impacto diretamente nas vidas das mulheres em suas pluralidades, principalmente aquelas em condições de maior vulnerabilidade (mulheres negras, pobres, periféricas, em situação de rua, prostitutas, mulheres trans e travestis)”*

Alguns exemplos destes mecanismos voltados para estas mulheres são: as internações em hospitais psiquiátricos, aumento do encarceramento, a perda dos filhos para o Estado em nome do genocídio da população negra e periférica, sequestro de recém nascidos das mulheres usuárias que estão em situação de rua, culpabilização e criminalização dos usos que expõem a situações de riscos, controle e regulação da reprodução das usuárias de drogas, ofertas de cuidado que não dialogam com as necessidades das mulheres, entre outros.

Essas problemáticas serão exploradas em uma perspectiva do feminismo interseccional e antiprobicionista, na defesa de uma política de drogas que dialogue com as especificidades das mulheres em diferentes realidades e opressões. O patriarcado e o machismo, enquanto estruturas opressoras dos corpos das mulheres, e a problemática da “Guerra às Drogas”, matam, encarceram e vulnerabilizam mulheres que têm cor, endereço, corpos e sexualidades que desviam das normas sociais.

---

*“O patriarcado e o machismo, enquanto estruturas opressoras dos corpos das mulheres, e a problemática da ‘Guerra às Drogas’, matam, encarceram e vulnerabilizam mulheres que têm cor, endereço, corpos e sexualidades que desviam das normas sociais”*

### **Encarceramento feminino**

Muitas vezes é assim. Por isso que muitas mulheres vão presas. Arruma o marido, o marido pede pra levar droga na cadeia, pede pra fazer um avião, pede pra traficar, pra matar, pra roubar, por amor. (Mônica - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)

Eu tinha acabado de fumar tudo, peguei quatro e na mesma da hora pipoquei tudo, justamente pra não deixar flagrante. Ai os homi me pega, não quer nem me ouvir e me leva como se eu fosse traficante. (Catarina -trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)

Nas últimas décadas, houve um aumento dramático no encarceramento da população negra

---

*“Os números evidenciam o caráter racista destas prisões para permanência de um projeto estrutural de exclusão, inferiorização e exploração, encarceramento em massa e genocídio dos corpos negros”*

e feminina como resultado da anunciada intensificação da “Guerra às Drogas” que representa uma abrangente e disfarçada estratégia de controle social racializado com forte criminalização da pobreza (ALEXANDER, 2010, apud MALHEIRO, 2019). Os números evidenciam o caráter racista destas prisões para permanência de um projeto estrutural de exclusão, inferiorização e exploração, encarceramento em massa e genocídio dos corpos negros.

---

*“A população carcerária que mais sobe é a feminina, dentre elas, 58% estão presas por tráfico de drogas, 68% são negras, 35% foram flagradas nas revistas dos presídios”*

Quando se trata da discussão no âmbito do encarceramento feminino, os fatos são alarmantes, visto que o aumento destas prisões foi de 700% nos últimos 10 anos. De acordo com uma pesquisa realizada pelo ITTC - Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (2012), a população carcerária que mais sobe é a feminina, dentre elas, 58% estão presas por tráfico de drogas, 68% são negras, 35% foram flagradas nas revistas dos presídios e geralmente as substâncias eram para ser entregues a companheiros, filhos ou familiares encarcerados. Os números descritos apontam para uma expressão social do fenômeno:

*Estas mulheres têm as mesmas características sociais, em sua grande maioria são negras, pobre e chefes de família, e foram introduzidas ao tráfico através de um referencial masculino. A pesquisa também aponta que o papel que a mulher exerce na cadeia produtiva do tráfico é sempre uma função de maior vulnerabilidade (mula, aviãozinho etc).(FARIAS, p. 106, 2017)*

### **Genocídio e feminicídio**

O que acontece é isso, as mulheres morrem assim... os caras são covarde só atacam quem tá fraca. [...] Morre uma guarita, menos de uma semana já tem outra pra substituir. (Dandara - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)

*A imagem do corpo dele estendido no chão todo ensanguentado não me sai da cabeça. Ele foi morto com tiro nas costas. É certo isso? Ele*

*deveria no mínimo ter sido julgado, ia preso e depois saía. Essa imagem me destrói. (Bernadete -trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

De acordo com dados do Ipea (2013), ocorre um caso de feminicídio no Brasil a cada 90 minutos. É importante problematizar o perfil das mulheres que estão mais expostas a situações de violência, que são mulheres negras, pobres, periféricas e transexuais. Segundo dados do Atlas da Violência (2019), entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres não negras cresceu 4,5% enquanto que o feminicídio de mulheres negras aumentou em 29,9%.

---

*“Segundo dados do Atlas da Violência (2019), entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres não negras cresceu 4,5% enquanto que o feminicídio de mulheres negras aumentou em 29,9%”*

Além das mulheres que morrem, vítimas do machismo, racismo e também da “Guerra às Drogas”, há também as mulheres mães que perdem os filhos pela violência de Estado. Se o racismo, enquanto engendramento social e político, embasa essa guerra, que é uma das principais ferramentas para aniquilar sobretudo jovens negros periféricos (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2018), as mulheres mães dessas vítimas estão desamparadas pelas ações de reparação histórica do processo de escravização que impacta até hoje a vida de pessoas negras.

---

*“As mulheres mães dessas vítimas estão desamparadas pelas ações de reparação histórica do processo de escravização que impacta até hoje a vida de pessoas negras”*

## **Mulheres em situação de rua e direito à maternidade violado**

*É só descobrirem que você está na rua e fuma crack que querem tomar a sua criança. São várias histórias. As mulheres vão para a maternidade para ter a criança e o juizado leva. Não quer dar um apoio, ou nem perguntam se você quer ficar com a criança. Depois que tomaram o meu primeiro filho eu enlouqueci. Quando fiquei grávida, comecei a me cuidar mais e eu juro que queria sair dessa vida. Tentei abrigo, tentei - Minha Casa, Minha Vida e nada. Ai, quando roubaram meu menino, eu me joguei mesmo na pedra. Não queria ficar sã nem 1 minuto para não lembrar que tive o meu filho retirado. Você vai na rua e conversa com outras mulheres e a história só se repete. Quem consegue aguentar uma dor dessa sem surtar? Sem se jogar a vero no crack?.(Joana - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

*Tenho alguns filhos, mas não consegui criar nenhum. (Angela - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

As razões que levam mulheres a condição de situação de rua geralmente decorrem de violências vividas no contexto doméstico e familiar, renda insuficiente que garantam o sustento dos filhos, frágil rede de apoio e ruptura de vínculos sociais. Ao abordar a temática da maternidade destas mulheres, é possível observar uma violação dos direitos via mecanismos estatais de esterilização e o sequestro de suas filhas e filhos. Verifica-se que, geralmente, as denúncias que justificam tais práticas são de caráter estigmatizantes, culpabilizantes, preconceituosos e manicomiais.

O fenômeno do “*crack baby*” é denominado por Reinerman e Levine (1997 apud Malheiro, 2019) enquanto uma imagem midiática de bebês que são gerados de um mesmo grupo demográfico e apresentam problemas físicos e médicos ao nascer devido às questões de não acompanhamento de pré-natal, má nutrição, abuso e negligência por parte dos companheiros e uso intenso de drogas. Observa-se que se trata de um fenômeno de caráter multidimensional e que indica, entre outros fatores, a fragilidade de proteção social para as mulheres usuárias de drogas, principalmente aquelas que são usuárias com padrão abusivo, em situação de rua, em condição de extrema pobreza, muitas vezes envolvidas em ocorrências policiais, desassistidas socioeconomicamente pelo Estado e sem vínculos institucionais, portanto sem condições materiais para prover o mínimo necessário para si e seus filhos.



---

*“Ao abordar a temática da maternidade destas mulheres, é possível observar uma violação dos direitos via mecanismos estatais de esterilização e o sequestro de suas filhas e filhos”*

O apelo midiático construiu um consenso de que as mulheres usuárias de drogas não são capazes de exercer a maternidade. Desta forma, acaba por puni-las ao estabelecer um controle estatal das famílias, sobretudo de pessoas negras, pobres e indesejadas, baseando-se em discursos meramente biológicos, em que o uso de drogas é o principal fator que desencadeia tal situação, adotando medidas de retirada das crianças recém-nascidas ainda na maternidade, sem o devido atendimento integral psicológico, social e institucional Mãe-Criança. (REINARMAN E LEVINE, 1997 apud MALHEIRO, 2019).

---

*“O apelo midiático construiu um consenso de que as mulheres usuárias de drogas não são capazes de exercer a maternidade”*

É possível observar que a repetição desta violência na história de suas gestações repercute em uma morte subjetiva destas mulheres, decorrente da separação dos filhos, que mesmo assim não garante a proteção social necessária para as crianças, visto que as estas, além da vivência e do estigma social de crescerem no sistema de acolhimento público, posteriormente reproduzem as trajetórias de vidas, com os mesmos dilemas e problemas sociais de suas mães, com vidas marcadas pela miséria, falta de oportunidades e desigualdades sociais fora do sistema de acolhimento (GOMES, 2019).

Deste modo, é possível constatar que a construção da proteção social das crianças de modo a evitar a violação de direitos está em dissonância com a garantia dos direitos das mães e famílias. É urgente a necessidade de novas práticas, interpretações e posicionamentos que não contrariem nem a autonomia da mulher, nem a integridade, dignidade, saúde e segurança da criança.

---

*“A repetição desta violência na história de suas gestações repercute em uma morte subjetiva destas mulheres, decorrente da separação dos filhos, que mesmo assim não garante a proteção social necessária para as crianças”*

Diante disso, é evidenciada a necessidade de pactuar em vez de punir, ter programas de cuidado e proteção social em que a usuária possa ser atendida integralmente em sua demanda, dando condições materiais e subjetivas para a promoção dos cuidados garantindo os direitos das mães e das crianças.

Torna-se importante a implantação de serviços especializados, com profissionais capacitados em Redução de Danos para a abordagem e para o acompanhamento, acolhimento e intervenções que minimizem as complicações clínicas e/ou obstétricas e promovam, assim, a redução de riscos e danos necessária para uma melhor qualidade de vida dessa mulher, seus filhos, sua família.

Diante disso, é imprescindível o papel do profissional capacitado para estabelecer/fortalecer a rotina de atendimento a essas mulheres usuárias de substâncias psicoativas, identificando questões, tais quais as de gestantes, tendo um olhar sensível para todo o contexto que estas mulheres estão inseridas. É preciso utilizar uma abordagem aberta não julgadora, como propõe os princípios da Redução de Danos, facilitando a divulgação de informações e considerando a autopercepção contida nos relatos das mulheres, favorecendo a intervenção e criação de possibilidade de acesso a serviços especializados, inclusive os de tratamento e alternativas de enfrentamento ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

---

*“É evidenciada a necessidade de pactuar em vez de punir, ter programas de cuidado e proteção social em que a usuária possa ser atendida integralmente em sua demanda”*

É imprescindível fazer um recorte do porquê existe pouca aderência ao pré-natal, quando o tema é mulheres gestantes usuárias de substâncias psicoativas. Um dos fatores é ausência de atendimento “in loco”, estudos realizados com mulheres usuárias de crack evidenciam que a discriminação e o preconceito são vistos como barreiras para a procura aos serviços de saúde. As gestantes usuárias de drogas tendem a procurar o serviço de saúde mais tarde ou não aderem aos cuidados necessários, compartilhando da crença de que é necessário cessar o uso da droga antes de procurar um profissional, pois acreditam que com a exposição poderão enfrentar problemas judiciais como a perda precoce da guarda de seus filhos. (HOLZTRATTNER, 2010)

---

*“É preciso utilizar uma abordagem aberta não julgadora, como propõe os princípios da Redução de Danos, facilitando a divulgação de informações e considerando a autopercepção contida nos relatos das mulheres”*

Para as autoras Raupp, Fefferman e Morais (2011), muitas vezes os serviços de saúde contrariam a lógica e assim muitos usuários desistem dos cuidados devido a ter que cumprir horários e rotinas para serem atendidos, sendo isso algo de grande dificuldade para esse público em específico devido às condições sociais de vida. As autoras ainda pontuam que o preconceito que existe pelos profissionais de saúde e o fato destes compreenderem o uso de drogas com um viés moral, faz com que esses usuários tenham tratamento diferenciado dos demais, o que reforça a necessidade de que todos os níveis de atendimento estejam capacitados dentro das premissas da Redução de Danos.

---

*“As gestantes usuárias de drogas tendem a procurar o serviço de saúde mais tarde ou não aderem aos cuidados necessários, compartilhando da crença de que é necessário cessar o uso da droga antes de procurar um profissional”*

Por conta das diversas dimensões que atravessam o fenômeno, o cuidado, no contexto do uso de substâncias psicoativas, deve ser composto de forma interprofissional e intersetorial - saúde, segurança pública, sistemas jurídico, educacional e de assistência social. (LEPPARD, A. et al, DAVIS, JA., 2018). É preciso, portanto, defender e promover um trabalho em rede, sensibilização mobilização e participação coletiva, integrada e comunitária.

---

*“O cuidado, no contexto do uso de substâncias psicoativas, deve ser composto de forma interprofissional e intersetorial - saúde, segurança pública, sistemas jurídico, educacional e de assistência social”*

A redução de danos valoriza o respeito à liberdade individual na perspectiva da cidadania e promoção dos direitos humanos, porém sua expansão e consolidação enfrentam o desconhecimento da proposta, a confusão entre prevenção e repressão, os julgamentos morais e a estigmatização do usuário de SPA, inclusive sob novas faces da judicialização da saúde mental e da psiquiatria da vida (MACHADO, BOARINI, 2013).

---

*“Para mudar a perspectiva do cuidado a mulheres é essencial compreender qual o papel que elas ocupam na sociedade, como são vistas, assim como enfrentarmos e superarmos a naturalização das violências diversas que elas são expostas”*

Para mudar a perspectiva do cuidado a mulheres é essencial compreender qual o papel que elas ocupam na sociedade, como são vistas, assim como enfrentarmos e superarmos a naturalização das violências diversas que elas são expostas. Enquanto trabalhadoras da saúde mental somos convocadas a estar atentas sobre as relações que produzimos com as mulheres usuárias

dos serviços de saúde, o histórico de violência e aniquilação da subjetividade das mulheres, assim como os lugares ocupados pelas mulheres dentro dos serviços de saúde.

---

*“É preciso avançar em uma perspectiva que rompa com um ‘cuidado’ que oprime, violenta, viola e tem como proposta o modelo de sociedade imposto pelo modo de produção capitalista”*

É preciso avançar em uma perspectiva que rompa com um “cuidado” que oprime, violenta, viola e tem como proposta o modelo de sociedade imposto pelo modo de produção capitalista, o qual Estado tem desempenhado, um modelo higienista, um modelo violador de direitos, em direção a um cuidado libertário.

### **Feminismo antiproibicionista enquanto luta social, cuidado e afetividade entre mulheres**

*Na rua se você não saber viver ela, se você não sabe dar o limite você acaba se perdendo nela. Hoje em dia eu vejo assim e falo assim: um monte de menina nova, que eu conheço que chegou na rua há pouco tempo, tão tudo sofrendo covardia. A gente podia se juntar e ensinar elas a se defender. Como a gente teve quem ensinasse, elas tem que ter também ne não? O que você acha? (Luanda - trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

*Antes eu me via e era vista como sacizeira, era discriminada. Com essa RENFA eu aprendi a me colocar, aprendi o meu valor. Agora eu sou feminista e minha missão é lutar pela minha maloca, pelas minhas mulheres, para que elas não passem o que eu passei na vida. (Chá Preta -trecho de relato colhido durante pesquisa de campo; MALHEIRO, 2019)*

A “Guerra às Drogas” e a proibição dos usos atingem por diferentes mecanismos de controle as vidas das mulheres. A partir dessa conjuntura histórica e social e das especificidades de demandas coletivas e individuais os movimentos sociais se interseccionam e articulam suas pautas em direção a garantia de direitos das mulheres vulnerabilizadas em diversas instâncias.

Um exemplo da mobilização desta luta é a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA) que se configura enquanto movimento social articulado desde 2014, fundado em 2016 no I Encontro Nacional de Coletivos Antiproibicionistas, em Recife, que em conjunto com outros movimentos propicia a difusão da luta antiproibicionista em espaços feministas e vice-versa.

A RENFA é um movimento social que preconiza a luta feminista, antirracista, anticapitalista e no combate a LGBTfobia, gordofobia e demais opressões que suprimem a liberdade, o bem viver e os direitos humanos da sociedade. A atuação da RENFA tem como frente a luta pelo direitos das mulheres, em especial as mulheres usuárias de drogas, mulheres encarceradas, moradoras de rua, profissionais do sexo, e se articula em parcerias com movimentos de mulheres feministas e os movimentos sociais com vistas à consolidação de direitos sociais e alteração de modelos de controle estabelecidos pelos sistemas de opressão racista, patriarcal e capitalista.

---

*“A atuação da RENFA tem como frente a luta pelo direitos das mulheres, em especial as mulheres usuárias de drogas, mulheres encarceradas, moradoras de rua, profissionais do sexo, e se articula em parcerias com movimentos de mulheres feministas e os movimentos sociais”*

Somada às ações políticas a militância feminista e antiproibicionista produz espaços de afeto, acolhimento, cuidado em liberdade em uma perspectiva de autocuidado emancipatório alinhado com a redução de danos e a luta antimanicomial como elucida Farias (2017):

*É nesse lugar que o movimento antimanicomial e o feminismo antiproibicionista se encontram, já que o aparato manicomial é usado também para reprimir, normalizar e excluir as diferenças de gênero. Esse potente encontro nos abre possibilidade de aprofundar as experiências de cuidado produzidas pelas mulheres em seus territórios, uma experiência de cuidado que não produz tutela e tem como metodologia fortalecer o indivíduo para consolidação das liberdades individuais e coletivas. (FARIAS, 2017)*

As iniquidades sociais afetam as vidas das mulheres, e se faz urgente que as políticas públicas e lutas sociais assumam posicionamentos anti-proibicionistas e que, a partir do princípio da inter-setorialidade, promovam e garantam o protagonismo das mulheres, em suas pluralidades, na luta por seus direitos e no combate a todas as formas de dominação, violência, opressão e exploração. 🌱

*“As iniquidades sociais afetam as vidas das mulheres, e se faz urgente que as políticas públicas e lutas sociais assumam posicionamentos anti-proibicionistas”*

## Referências

- BOARINI, M.L. Atenção à saúde mental: um outro olhar. In: BOARINI, M.L. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eduem, 2ª ed. 2011.
- FARIAS, I. **Nem loucas, nem criminosas: “A resistência da luta feminista frente aos modelos de controle”**. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: EDITORA AUTOGRAFIA, 2017, p. 101-109.
- GOMES, J. D. G. **O direito à família. A sociedade face à mãe e à criança em situação de rua. Jornal da Unicamp**. (Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/direitos-humanos/o-direito-familia-sociedade-face-mae-e-crianca-em-situacao-de-rua>.)
- HOLZTRATTNER, J. S. **Crack, gestação, parto e puerpério: Um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária**. 58f. Dissertação (curso de enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- INSTITUTO TERRA, TRABALHO E CIDADANIA. **Tecer Justiça: presas e presos provisórios da cidade de São Paulo**. São Paulo: ITTC, 2012.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas da violência 2019**. / Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. (Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/190605\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2019.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf))
- \_\_\_\_\_. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Brasília: Ipea; IBGE, 2013. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925\\_sum\\_estudo\\_feminicidio\\_leilagarcia.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf)
- LEPPARD, A, RAMSAY, M, DUNCAN, A, MALACHOWSKI C, Davis JA. **Interventions for women with substance abuse issues: a scoping review**. Am J Occup Ther. 2018;72(2):1-8.(Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2018.022863>. PMID:29426381.)
- MACHADO L.V, BOARINI M.L. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. Psicol. Cienc. Prof. 2013;33(3):580-95. (Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.)
- MALHEIRO, L.S. B. **Tornar-se usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador**, Bahia. 2019. Tese de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Antropologia)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
- OLIVEIRA, Nathália e RIBEIRO, Eduardo. **O Massacre Negro Brasileiro na Guerra às Drogas**. SUR 28 - v.15 n.28 • 35 - 43 | 2018 (Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-nathalia-oliveira-e-eduardo-ribeiro.pdf>)
- RAUPP, Luciane; FEFFERMAN, Marisa; MORAIS, Maria de Lima Salum. A saúde pública e o atendimento aos usuários de crack. In: Boarini, Maria Lucia (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eduem. p.175-188. 2011.



Foto: iStock

# Da situação irregular aos sujeitos de direitos:

**será que avançamos na ausência de sentimento de uma particularidade infantil quando tratamos do uso de álcool e outras drogas na infância e juventude brasileiras?**

**Cláudia Capelini Picirilli**

Antes de iniciarmos este tema complexo e plural é importante localizarmos o leitor nos recortes etários em pauta. Não apenas por uma questão de organização textual, mas especialmente porque compreender o uso de álcool e outras drogas em cada momento da vida humana é essencial para a construção de estratégias de cuidado no campo da Psicologia e da Saúde Coletiva.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera-se crianças os sujeitos com até 12 anos incompletos e adolescentes os que contam com idade entre 12 anos e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990). Por sua vez, são consideradas pessoas jovens aquelas cuja idade está entre 15 anos e 29 anos (BRASIL, 2013), de acordo com o Estatuto da Juventude.

---

*“Palavras como ‘menor’ e ‘delinquente’ permeavam os antigos textos legais entoando o lugar pejorativo ocupado em tempos não tão distantes”*

Estas duas legislações – o ECA e o Estatuto da Juventude – são conquistas jurídicas extremamente importantes. Isto porque as legislações anteriores marginalizavam a infância e a adolescência – a camada pobre desta população – e as remetiam ao lugar de objetos de intervenção do Estado. Palavras como “menor” e “delinquente” permeavam os antigos textos legais entoando o lugar pejorativo ocupado em tempos não tão distantes. Apesar dos avanços ocorridos nas últimas

décadas não é raro ouvirmos estes termos em pronunciamentos midiáticos ou mesmo por profissionais vinculados ao Sistema de Garantia de Direitos (Poder Judiciário, Conselho Tutelar, rede de proteção, etc) e, também, por psicólogas e psicólogos.

As legislações que antecederam o ECA são denominadas Código de Menores. O primeiro Código data de 1926 e o segundo foi publicado em 1979. Em especial nesta última publicação, crianças e adolescentes que vivenciavam diversas formas de violação de direitos eram consideradas em *situação irregular*.

*Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor: I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável; b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las; II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável; III - em perigo moral, devido a: a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; b) exploração em atividade contrária aos bons costumes; IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável; V - Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária; VI - autor de infração penal. (BRASIL, 1979, Art. 2º)*

Parece-nos que as violências perpetradas pelo Estado e pelos adultos eram consideradas uma afronta ao bom funcionamento social e não uma violação de direitos. Portanto, a compreensão de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos somente foi conquistada com a pro-

mulgação do ECA, em 1990. Esta é uma das razões pelas quais os termos outrora citados passam a ser considerados pejorativos.

---

*“A compreensão de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos somente foi conquistada com a promulgação do ECA, em 1990”*

Respeitando a fase de desenvolvimento de cada sujeito, o ECA desconstrói a tutela do Estado e o poder do adulto – (pseudo)detentor do saber – e começa a construir o entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos com voz e com vez, inseridos em histórias de vidas construídas a partir de um tempo e de um espaço muito particulares, devendo a família, a sociedade e o Estado lhes “assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990, Art. 4º).

Igualmente, “o jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral” (BRASIL, 2013, Art. 19).

Assim sendo, qual o lugar de cuidado para estes sujeitos quando falamos sobre o uso de álcool e outras drogas?

### **Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**

Historicamente a infância – e podemos incluir também a adolescência – sofreu com a ausência de lugar no cerne da sociedade e das famílias. Partindo dos estudos protagonizados por Ariès (1973/1981), entendemos que desde os tempos mais remotos são os adultos, e suas múltiplas formas de produção de vida, quem ocupam as cenas dos palcos sociais – utilizando-se desta metáfora, a criança não passava de um simples figurante neste contexto. Traduzindo na linguagem do autor, não havia nos séculos passados um *sentimento de infância* que ofertasse lugar às crianças, consideradas pequenos adultos. Estudos

apontam que a sociedade passou a compreender a infância como parte específica do desenvolvimento humano, somente, no século XIX quando “os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado da colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos” (COSTA, 1989, p. 169 citado por RIBEIRO, 2006, p. 30).

---

*“São os adultos, e suas múltiplas formas de produção de vida, quem ocupam as cenas dos palcos sociais – utilizando-se desta metáfora, a criança não passava de um simples figurante neste contexto”*

É a partir deste século que a medicina e a ciência ganham mais espaço, importância e poder. Aliados a esse movimento está um passado de incontáveis mortes prematuras, derivadas da falta de saneamento básico e de recursos de intervenção em doenças como a varíola e o sarampo, por exemplo.

*Com a chegada da República a medicina e o direito lançaram luz sobre as crianças pobres. Dado o aumento da população de baixa renda, por conta da imigração europeia e da libertação dos escravos, as crianças abandonadas passaram a ser introduzidas em um discurso até, então, ocupado pelas classes mais altas. A prática médica, na medida em que se tornava cada vez mais científica, impunha normas de saúde em benefício da sociedade, influenciadas pelo positivismo, pelo evolucionismo e pelo darwinismo. (RIBEIRO, 2006 apud PICIRILLI, 2018, p. 58).*

Entender, mesmo que brevemente, estes processos históricos nos oferta condições para questionarmos: e hoje? Qual o lugar de cuidado ofertado à infância e à adolescência? Qual o olhar da sociedade brasileira sobre estes sujeitos em pleno desenvolvimento biopsicossocial? Superamos a ausência de sentimento desta particularidade infantil tão estudada por Ariès (1973/1981)? Será que, enquanto campo das políticas públicas, temos conduzido cuidados que questionam e enfrentam o modelo higienista e moralista que fundaram a nossa sociedade e as práticas em saúde no Brasil? Pontos como es-

tes precisam de revisões recorrentes no campo da Psicologia, especialmente em tempos de retrocessos e de legitimação das violações de direitos, como os que temos presenciado mais recentemente no cenário nacional e em outros países que alimentam sistemas multibilionários advindos dos lucros produzidos pelo adoecimento populacional, sem que um cuidado moral e ético fosse lançado à população, em especial, aos mais pobres e socialmente vulneráveis. Haveríamos superado o modelo higienista?

---

*“E hoje? Qual o lugar de cuidado ofertado à infância e à adolescência? Qual o olhar da sociedade brasileira sobre estes sujeitos em pleno desenvolvimento biopsicossocial?”*

Este tema nos convida a amplos e constantes diálogos. Não podemos nos furtar do incômodo que ele nos provoca. Contudo, como nosso espaço é limitado cabe-nos deixar estas provocações para o leitor, sem estabelecer qualquer modelo de verdade, mas, apenas, apresentá-los com propositura para o exercício constante da reflexão crítica e científica.

Isto posto, vamos nos ater ao ponto que nos encaminhou até aqui. O uso de álcool e outras drogas, quer seja na infância ou em qualquer etapa da vida humana, é considerada uma questão de saúde e, ainda mais, de saúde mental. Qual o lugar de cuidado para as demandas desta natureza?

Quando falamos em avanços e conquistas no campo da política de saúde logo nos lembramos da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, afinal, foi neste espaço de construção coletiva que os movimentos sociais, os trabalhadores (incluindo psicólogas e psicólogos), usuários e familiares introduziram o tema no diálogo com o Estado recém saído de um golpe militar que durou 21 anos. Esta Conferência começou a desenhar o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal – ou seja, de acesso a todos e não somente aos trabalhadores formais, como era o antigo regime do Instituto Nacional de As-

sistência Médica e Previdência Social (INAMPS)<sup>1</sup>. O direito à saúde como condição inerente à cidadania foi um dos eixos de trabalho da VIII CNS, assim como a reorganização do Sistema de Saúde e seu financiamento. Este direito foi então incluído na Promulgação da Carta Cidadã, ou seja, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e, dois anos depois, oficializada na publicação da Lei nº 8080 que instituiu o SUS (BRASIL, 1990b).

O nascimento do SUS marca o início da criação de um sistema de saúde que buscará a construção de uma sociedade justa e igualitária – este era o mote do Movimento Sanitário<sup>2</sup>. Esta ainda é a nossa razão de luta e resistências!

---

*“O nascimento do SUS marca o início da criação de um sistema de saúde que buscará a construção de uma sociedade justa e igualitária”*

Contudo, foi na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em 2001, que a história da saúde mental infanto-juvenil começou a tomar novos rumos. Além de dar prioridade ao tema, este espaço convocou

*[...] o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmando a necessidade de esse cuidado ser pautado no reconhecimento delas como sujeitos psíquicos e de direitos, ser exercido em dispositivos de base*

- 
- 1 O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) foi um regime previdenciário que se extinguiu em 1993, na gestão do Presidente Itamar Franco – que assumiu o cargo após o *impeachment* de Fernando Collor. Neste regime, somente os profissionais formais, ou seja, com registro em carteira de trabalho, tinham acesso aos serviços públicos de saúde no país.
  - 2 O Movimento Sanitário Brasileiro iniciou-se na década de 1970 a partir da sociedade civil organizada, dos trabalhadores e pesquisadores que reivindicavam, entre outros pleitos, a reorganização do Sistema de Saúde. Seu auge foi vivenciado no momento mais crítico e violento do Regime Militar, a vigência do Ato Institucional nº 5 (AI-5). A partir da luta de brasileiras e brasileiros a Reforma Sanitária conquista um sistema de saúde com acesso universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, de acordo com Picirilli (2018, p. 20), “o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) não fez da criação do SUS um fim em si mesmo. O SUS é parte da Reforma Sanitária, mas não o todo, porque o todo envolve a busca ininterrupta pela garantia de direitos, entre eles, o direito à saúde – indissociável do direito à cidadania – e o direito a uma sociedade justa. Logo, passamos a compreender que este processo não acabou”.



*comunitária, calcado na lógica do território e da operação em rede, e ter a inclusão social possível a cada um como o norte ético da ação de cuidado. (COUTO, 2015, p. 22)*

De acordo com Couto (2015) esta Conferência aprovou um encadeamento de orientações elaboradas em um seminário nacional realizado pouco tempo antes para abordar a temática. Este seminário contou com a presença de diversos estados e setores públicos. As orientações aprovadas em Conferência deram origem aos princípios norteadores da Política de Saúde Mental Infante-Juvenil, a saber: 1) criança e adolescente são sujeitos; 2) estes sujeitos devem receber acolhimento universal em quaisquer equipamentos públicos; 3) os encaminhamentos para os diversos serviços da rede de proteção devem ser responsável; 4) é necessário um cuidado integral que envolva a construção de rede intersetorial e territorial; 5) é preciso compreender a noção de território como o espaço afetivo e vivencial de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

Executar estes princípios no cuidado de crianças e adolescentes, incluindo os que envolvem questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, é desenvolver uma *práxis* emancipadora e combativa ao modelo de reparação e de “conserto” fortemente enraizados em nossa sociedade por conta de nossa história higienista e por conta das ações voltadas à infância em situação irregular. Como esse cuidado acontece na prática?

Couto e Delgado (2015) afirmam que dois meses após a realização da III CNSM o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 336/2002 que contou com um capítulo destinado à criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil, os CAPSi ou CAPSij.

---

*“A lógica de cuidado destes serviços é o tratamento aos sujeitos em importante sofrimento psíquico – derivado ou não do uso de álcool e outras drogas. Um cuidado territorial, de porta-aberta, em liberdade que oferte condições dignas de atendimento e tratamento em equipe interdisciplinar”*

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos substitutivos ao modelo manicomial que passaram a ser implantados no Brasil a partir da aprovação da Lei 10.216/01. Esta lei, de autoria do então Deputado Federal Paulo Delgado, tramitou por mais de 20 anos no Congresso Nacional e tem como inspiração o movimento da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia<sup>3</sup>. A lógica de cuidado destes serviços é o tratamento aos sujeitos em importante sofrimento psíquico – derivado ou não do uso de álcool e outras drogas. Um cuidado territorial, de porta-aberta, em liberdade que oferte condições dignas de atendimento e tratamento em equipe interdisciplinar. Estes serviços, de acordo com a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002) são divididos da seguinte forma:

*CAPS I: apresenta capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento entre 8h00 e 18h00, de segunda à sexta-feira.*

*CAPS II: apresenta capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com funcionamento entre 8h00 e 18h00, de segunda à sexta-feira.*

*CAPS III: apresenta capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atendimento 24h por dia, durante os sete dias da semana, de forma ininterrupta. (BRASIL, 2002)*

As modalidades previstas na legislação são serviços de atendimento a crianças e adolescentes em importante sofrimento psíquico (CAPSi ou CAPSij), adultos em sofrimento psíquico grave e persistente (CAPS) e adultos em sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas (CAPS AD).

A criação destes dispositivos foi um avanço imensurável à Política Nacional de Saúde Mental. Os CAPS são o modelo de cuidado que não pode ser preterido por nossos governantes. Eles são uma conquista que aliou a luta da população, dos pesquisadores, dos familiares e dos trabalhadores e derivou de experiências internacionais exitosas e congruentes com a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

---

3 De acordo com Picirilli (2018, p. 36), “o movimento da Psiquiatria Democrática de Basaglia implicou em criação de dispositivos de cuidado como: os hospitais abertos, os centros de atenção psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas. Esses novos dispositivos inspiraram a reforma psiquiátrica brasileira, que teve início no final da década de 1970, com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que denunciavam as violências e as precárias condições dos manicômios no país”.

Todavia, no que se refere ao cuidado infanto-junvenil, apesar do CAPSi constituir “a primeira ação concreta oriunda da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da saúde mental de crianças e adolescentes”, de acordo com Couto e Delgado (2015, p 34) ainda é bastante precário o número de serviços implantados no país - quando compararmos com a implantação dos CAPS para adultos em um mesmo período. Ainda de acordo com estes autores, no Brasil havia somente 183 serviços no modelo de CAPSi no ano de 2013. Neste mesmo período, já haviam sido implantados aproximadamente 2000 CAPS para adultos.

---

*“No Brasil havia somente 183 serviços no modelo de CAPSi no ano de 2013. Neste mesmo período, já haviam sido implantados aproximadamente 2000 CAPS para adultos”*

Ampliar a rede de CAPSi é um dos grandes desafios que se inscrevem ao poder público. Mas, não é o único. Os enfrentamentos aos desmontes, o sucateamento das relações trabalhistas e o aumento indiscriminado no investimento às chamadas Comunidades Terapêuticas são enfrentamentos necessários à nossa categoria, ao lado do Sindicato das Psicólogas e Psicólogos e dos Conselhos Regionais.

---

*“Os enfrentamentos aos desmontes, o sucateamento das relações trabalhistas e o aumento indiscriminado no investimento às chamadas Comunidades Terapêuticas são enfrentamentos necessários à nossa categoria, ao lado do Sindicato das Psicólogas e Psicólogos e dos Conselhos Regionais”*

De igual modo, o fortalecimento da rede de cuidados para adultos usuários de álcool e

outras drogas também é fundamental. É no espaço do CAPS AD que os jovens com mais de 18 anos devem ser cuidados quando há o uso considerado nocivo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas.

E quando esta rede de cuidados falha? E quando os municípios não investem na implantação destes serviços? O resultado produz não somente violações de direitos como também sofrimento ocupacional aos profissionais da Psicologia e de outros núcleos de conhecimento. Ficamos imóveis diante do crime organizado, seja ele vestido de Estado ou facções. Um exemplo (entre muitos) são os adolescentes que se envolvem com o tráfico de drogas – seja para complementar a renda familiar e/ou inserir-se em uma sociedade consumista, ou por quaisquer outras razões – e são ameaçados de morte. Ou ainda, são abordados pela polícia e encaminhados à Fundação CASA. Ficam privados de liberdade como se fossem eles os responsáveis pela indiscriminada e bilionária venda de substâncias ilícitas pelas ruas das cidades.

---

*“E quando esta rede de cuidados falha? E quando os municípios não investem na implantação destes serviços? O resultado produz não somente violações de direitos como também sofrimento ocupacional aos profissionais da Psicologia e de outros núcleos de conhecimento”*

O combate às drogas na verdade é o combate às populações mais pobres. A “Guerra às Drogas” é uma guerra higienista, pois ela não se ocupa dos grandes empresários do tráfico envolvidos com a política e com o Estado que lhes ofertam a proteção que os adolescentes ameaçados não poder contar.

---

*“O combate às drogas na verdade é o combate às populações mais pobres. A ‘Guerra às Drogas’ é uma guerra higienista”*

E como se não bastasse a violação vinda de quem tem a obrigação de nos proteger, ainda convivemos com discursos de ódio produzidos por nosso próprio grupo de trabalho: psicólogas e psicólogos que em nome de suas crenças religiosas ou morais particulares remontam discursos dos tempos do Código de Menores.

---

*“Convivemos com discursos de ódio produzidos por nosso próprio grupo de trabalho: psicólogas e psicólogos que em nome de suas crenças religiosas ou morais particulares remontam discursos dos tempos do Código de Menores”*

Não se trata, obviamente, de defender o uso e abuso de substâncias psicoativas por crianças, adolescentes e jovens, mas sim de convidar-nos à uma reflexão mais ampla: do que falamos quando nossos argumentos caminham no sentido de uma limpeza social? No mínimo, pronunciamentos como os que temos presenciado cedem à uma análise profunda e eticamente necessária sobre os fenômenos de que tratamos. Será que estas manifestações apresentam o mesmo fervor e entonação quando o assunto é o uso indistinto de medicações autorizadas pela medicina, e que entorpecem crianças, adolescentes e jovens que não se encaixam numa sociedade desenhada pela burguesia?

---

*“Do que falamos quando nossos argumentos caminham no sentido de uma limpeza social?”*

### **Considerações Finais**

A construção deste Caderno Temático traz o desafio do enfrentamento aos desmontes vivenciados pelos usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores nos últimos tempos, com acento especial aos últimos anos – momento de enaltecimento das Comunidades Terapêuticas e dos retrocessos na Política de Saúde Mental – a partir da publicação da Portaria nº 3588, que

dentre outros desdobramentos cessa o fechamento dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2017) – mobilizando uma força centrípeta<sup>4</sup> que demanda luta e resistências de todas e todos nós.

Não podemos reduzir fenômenos tão complexos a um olhar moralizante que criminaliza sem questionar. Este tipo de alienação produz um fazer iatrogênico por parte da Psicologia<sup>5</sup>. É isso que desejamos para a nossa profissão? É este lugar que pretendemos defender? A ética vai muito além de um código normativo de condutas profissionais. Ela diz de uma dimensão humana que compreende o outro a partir de um processo sócio-histórico-cultural, a partir da experiência singular deste sujeito que não sou eu. É uma árdua tarefa, sabemos bem, mas imprescindível para conduzirmos uma ciência crítica e combativa às violências autorizadas e (re)produzidas em nome da moral e dos bons costumes. 🌐

---

*“É isso que desejamos para a nossa profissão? É este lugar que pretendemos defender? A ética vai muito além de um código normativo de condutas profissionais. Ela diz de uma dimensão humana que compreende o outro a partir de um processo sócio-histórico-cultural, a partir da experiência singular deste sujeito que não sou eu”*

### **Referências**

AKIMOTO JUNIOR, Cláudio Kazuo; MORETTO, Maria Lívia Tourinho. Reflexões acerca do potencial iatrogênico das psicoterapias no campo da Saúde Mental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 76-102, jun. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 jun. 2019.

---

4 “O termo centrípeta significa aquilo que aponta para o centro” (JUNIOR, s/d).

5 A possibilidade de danos ou prejuízos causados pelo tratamento de saúde a um paciente é comumente referida pelo conceito de iatrogenia” (TAVARES, 2007 apud AKIMOTO JUNIOR; MORETTO, 2016, p. 78).

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1973/1981.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto nº 5.083 de 01 de dezembro de 1926**. Institui o Código de Menores. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5083-1-dezembro-1926-503230-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 22 jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979**. Institui o Código de Menores. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 22 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constitucao/constitucao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao.htm). Acesso em 28 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990a**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 22 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 28 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau delegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau delegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 28 jun. 2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2005. Capítulo 2, Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, p.11-4. Disponível em

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em 28 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.852 de 05 de agosto de 2013**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm). Acesso em 22 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau delegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em 28 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em 26 jun. 2016.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, July 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 jun. 2019.

JÚNIOR, Joab Silas Da Silva. "O que é força centrípeta?". **Brasil Escola**. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/fisica/o-que-e-forca-centripeta.htm>>. Acesso em 28 de junho de 2019.

PICIRILLI, Cláudia Capelini. No olho do furacão: a transição de um Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil para CAPSi, na perspectiva da socioanálise. Dissertação [Mestrado profissional]. Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas (**FCM/Unicamp**). Campinas, SP: 2018. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/331947>. Acesso em 28 jun 2019.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, Apr. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 28 jun 2019.

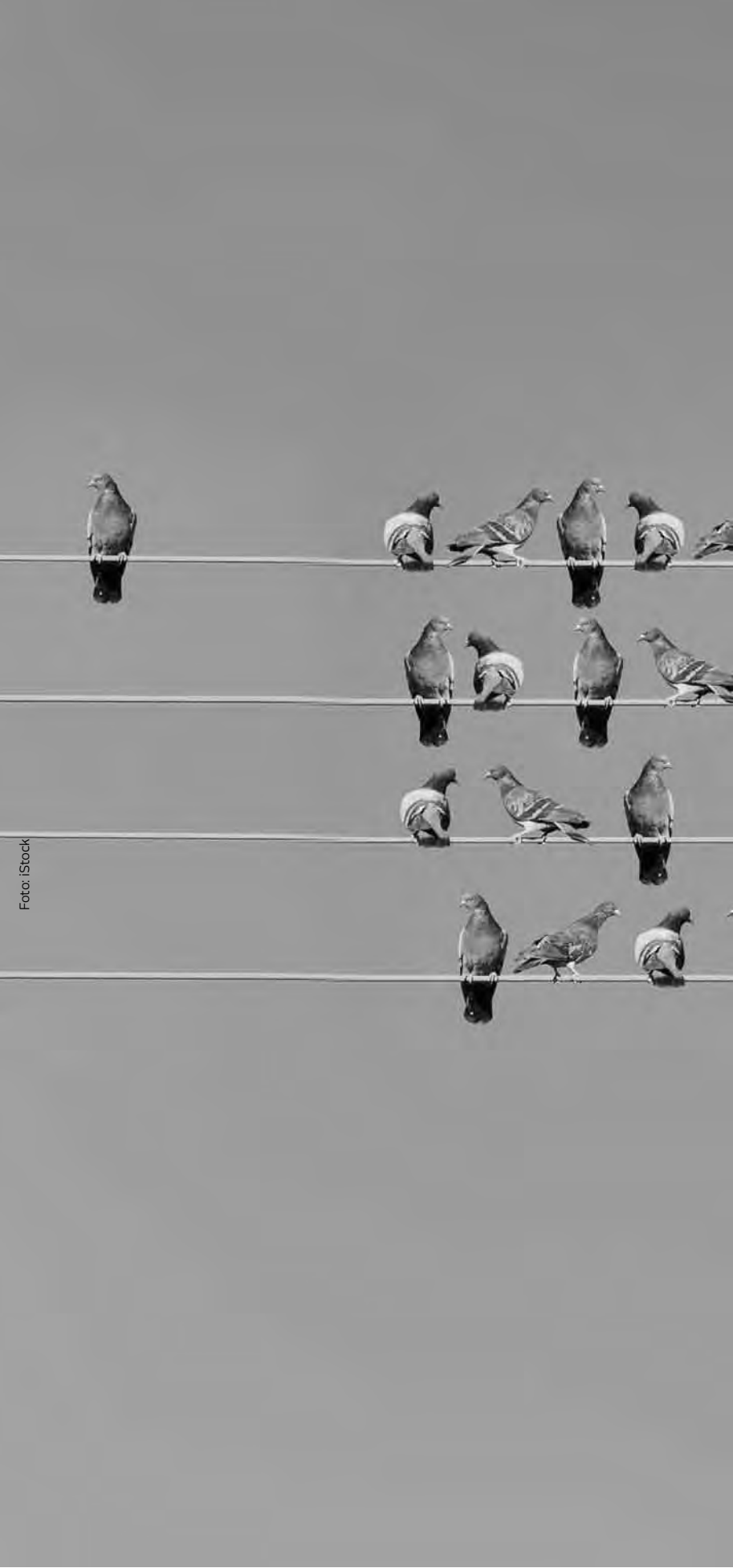


Foto: iStock

# Algumas considerações sobre as práticas intersetoriais e a temática de álcool e outras drogas

**Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti**

A complexidade da questão de álcool e outras drogas (AD) demanda necessariamente a articulação de atores e diferentes setores para sua compreensão e atuação em diversos níveis. Contudo, estamos diante de um momento no qual se faz cada vez mais intensa a simplificação das coisas e, neste quesito, menos não é mais!

---

*“Na lógica do religiosismo e do posicionamento ideológico, facilmente se cai numa perspectiva moral, na qual não é possível se construir um fazer e um modo de compreensão conjuntos”*

A tentativa de lidar com uma questão complexa através de um modo simplista, raso e maniqueísta tende a separar os extremos e impossibilitar o diálogo. Na lógica do religiosismo e do posicionamento ideológico, facilmente se cai numa perspectiva moral, na qual não é possível se construir um fazer e um modo de compreensão conjuntos. Nesta lógica, discute-se para ver quem tem mais razão, ou, mais poder.

No lidar cotidiano com as questões AD tais aspectos ganham uma outra dimensão, à medida que serviços envolvidos no cuidado com o mesmo usuário não podem dialogar. Na perspectiva da saúde mental antimanicomial seja com pessoas que fazem uso de álcool e/ou drogas ou/e em sofrimento psíquico, a via de cuidado é sempre pela priorização da lógica comunitária de atenção e do cuidado singularmente construído para cada usu-

ário, com sua contribuição e no território. Pretende ser assim, um cuidado sem violência, sem imposições e saindo da lógica centrada no poder médico - ou qualquer outro poder institucionalizado, que implica que este é detentor de saber sobre algo do sujeito em questão - quando na verdade, só pode saber algo sobre a suposta patologia generalizável para todos e, portanto, nada de sujeito algum. (Giovanetti, 2018).

---

*“Pretende ser assim, um cuidado sem violência, sem imposições e saindo da lógica centrada no poder médico - ou qualquer outro poder institucionalizado, que implica que este é detentor de saber sobre algo do sujeito em questão”*

Neste sentido, a proposta antimanicomial, quando realizada de modo pertinente, está comprometida com a ética, uma vez que comprometida com uma política de liberdade para os sujeitos. (Imbert, 2001). Por outro lado, a questão AD tende a pender facilmente para o lado da moralidade, descomprometendo-se com a ética e abandonando ou ignorando as discussões que a proposta antimanicomial traz e seu saber sobre isso construído pela história - história que passa por maus-tratos, negligência e mortes. É nesse movimento também que podemos observar uma tendência a dividir e distanciar a questão AD da saúde mental como se não fosse de sujeitos e condições de sofrimento que estamos lidando; essa tendência indica uma

ênfase em seu componente concreto, a imagem apavorante da questão num mundo moralista: o álcool e as drogas - que ganham dimensão de sujeito em detrimento do sujeito em si.

---

*“A questão AD tende a pender facilmente para o lado da moralidade, descomprometendo-se com a ética e abandonando ou ignorando as discussões que a proposta antimanicomial traz e seu saber sobre isso construído pela história”*

A perspectiva moral tem como objetivo a conformização e a “fabricação de ‘hábitos’, de ‘bons hábitos’” (Imbert, 2001, p. 14), que garantiria uma conduta aprovável e em conformidade às regras. Não seria isso que, frequentemente no contexto atual - quando se ignora a proposta antimanicomial - se espera de processos de atenção e cuidado com pessoas que fazem uso de álcool e/ou drogas? Que estes sujeitos entrem em conformidade com as regras e normas vigentes? Ou melhor, não é este objetivo que se dá a ver quando se favorece pacientes medicalizados e quando se patologiza questões sociais?

---

*“A perspectiva moral pressupõe uma espécie de ‘servidão’, de obediência servil e cega, exigindo ordem e disciplina, com a necessidade de que alguém comande e que outros obedeçam de modo absoluto”*

A perspectiva moral pressupõe uma espécie de “servidão”, de obediência servil e cega, exigindo ordem e disciplina, com a necessidade de que alguém comande e que outros obedeçam de modo absoluto (Imbert, 2001) - não é à toa que a figura do militar ganha força no contexto atual. Esta construção faz lembrar a Psicologia das Massas, ideia na qual compreende-se que a submissão a um líder ou ideia, acarreta uma precarização dos

processos psíquicos dos membros do grupo em favor da sustentação da ligação comum e da união entre seus membros. (Freud, 1921/2011)

Neste mesmo sentido, temos que a moral exclui por completo o imprevisto, a desordem, a possibilidade de criação - excluindo qualquer possibilidade, por exemplo, de construção de um projeto terapêutico *singular* (PTS), portanto. Pressupõe a repetição, uma vez que a moral pressupõe *prescrição*. Prescrição de modos de vida e de ser, em conformidade com regras e normas estabelecidas - sejam elas evidentemente pronunciadas ou tácitas - contribuem para a moral, mas impedem o surgimento do novo, impedindo o lugar da singularidade e da particularidade de cada um (Imbert, 2001), mantendo todos como massa (Freud, 2011).

*Em vez de servir à emancipação do indivíduo, para libertá-lo do meio que o envolve, (a moral) tem como função essencial transformá-lo em parte integrante de um todo e, por conseguinte, retirar-lhe algo da liberdade de seus movimentos. (Durkheim apud Imbert, 2001, p. 22-23).*

---

*“A ética trata de uma perspectiva que não se coaduna com a proposta de fabricação de hábitos, visto que abre espaço à dimensão do desejo, da singularidade e da criação”*

Por outro lado, a ética “desliga, desfaz os hábitos, visa a existência fora dos moldes e das marcas indelévels” (Imbert, 2001, p. 15). A ética não é a moral, não é seu inverso, não é uma contramoral. A perspectiva moral não se sustenta diante de uma interpelação ética, visto que esta rompe com o objetivo de conformização. A ética trata de uma perspectiva que não se coaduna com a proposta de fabricação de hábitos, visto que abre espaço à dimensão do desejo, da singularidade e da criação. A ética vinculada à constituição da lei simbólica, possibilita a separação e diferenciação entre os homens, abrindo espaço para serem e viverem de modo diferente, portanto, não submetidos a uma regra e prescrição de como ser e viver.

As dificuldades de articulação intersetorial e de um fazer construído conjuntamente que partam da disposição para o diálogo e para o pensar junto e que não sejam prescrições a partir de pressupos-

tos sobre a vida de outros, parece ser proveniente dessa discussão, ao menos em partes.

A relação do cotidiano dos serviços de saúde mental na relação com a Assistência Social, Conselho Tutelar, Poder Judiciário e outros serviços e setores é de muitas dificuldades. Frequentemente é possível observar conduções de outros setores que ignoram a perspectiva de cuidado e o projeto terapêutico singular estabelecido nos CAPS, por exemplo.

É bem verdade que encontramos parceiros intersetoriais, nos CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, promotores e juízes etc. dispostos a dialogar e a construir propostas conjuntas de intervenção que tenham como foco, de fato, o sujeito e suas escolhas. Contudo, vemos, não raro, uma proposta - às vezes até conversada com o CAPS e outros serviços - ser desfeita pela articulação perversa de outros serviços com outros setores.

---

*“A coordenação de saúde mental apontou a contrariedade à Lei 10.216/2001, a promotora interrompe a questão, dizendo que ali a lei era ela”*

Numa dada situação, apesar do CAPS AD ter articulado, proposto um cuidado e estabelecer um PTS que determinava a necessidade de uma atenção comunitária, sem necessidade de internação, o CREAS do município conversou diretamente com o poder judiciário para que aquele usuário fosse internado, compulsoriamente, contra sua vontade, contrariando não só os serviços de saúde, mas também a Lei 10.216/2001. Quando na discussão, em outra situação, sobre a possibilidade de internação compulsória proposta pela promotora atuante num dado município, a coordenação de saúde mental apontou a contrariedade à Lei 10.216/2001, a promotora interrompe a questão, dizendo que ali a lei era ela.

Em uma terceira situação, uma gestante acompanhada pela rede de serviços de saúde mental, devido a questão de uso de álcool e drogas, que vinha se engajando na relação com seu bebê, na relação com a maternidade e sua gestação, foi assediada pelas instituições: Hospital, Assistência Social e Conselho Tutelar para que seu bebê lhe fosse retirado, não havendo qualquer dis-

ponibilidade para que estes outros serviços tentassem ouvir e compreender sua condição atual e sua real condição de cuidar de seu bebê e de si.

---

*“Em uma relação perversa e violenta, as ações dos serviços podem matar, se não fisicamente, psíquica e emocionalmente. Do alto do saber prescritivo sobre o outro, nada de vida pode emergir”*

Para finalizar estas vinhetas ilustrativas, em uma última situação, uma usuária de saúde mental teve seus filhos retirados pelo Conselho Tutelar em uma articulação feita de maneira encoberta entre o CREAS e promotoria, embora os serviços de saúde mental reafirmassem sua disponibilidade e condição para cuidar dos filhos. A usuária tentou arrumar sua casa, garantir todas as condições para ter seus filhos de volta. Quando procurou o CREAS lhe disseram que o prazo para conseguir a guarda novamente tinha se esgotado - o que, obviamente não era verdade. A usuária entrou em uma depressão profunda e veio a falecer tempos depois. Do alto de uma ideia preconcebida sem a possibilidade de colocá-la à prova diante da condição atual da usuária, seus filhos não foram adotados por uma nova família e ficaram abrigados por longos anos. Em uma relação perversa e violenta, as ações dos serviços podem matar, se não fisicamente, psíquica e emocionalmente. Do alto do saber prescritivo sobre o outro, nada de vida pode emergir.

Muitos destes serviços estão vinculados à Política de Assistência Social, ao SUAS ou mesmo ao Poder Judiciário, contudo, não é inerente ao SUAS e às diretrizes do Poder Judiciário uma condução perversa e massificada que trata a todos como a partir de uma ideia de patologia generalizada, sem considerar os sujeitos ali presentes: abstinência para todos, autoridade, disciplina e arbitrariedade. Para todos os usuários de saúde mental essa discussão é relevante, mais ainda para aqueles que fazem uso de álcool e drogas, para as mulheres, especialmente as gestantes e em situação de rua.

A perspectiva prescritiva e generalizada de que todos têm de viver numa casa e não na rua,



esquecendo - e não podendo ouvir - que muitas pessoas em situação de rua não querem voltar para uma casa, segundo este modelo padronizado. Do alto dessa moral, justifica-se arbitrariedades ignorando o sujeito, suas escolhas, vontades e construções para sua vida.

*Tais aspectos apontam num sentido de patologização das questões sociais, uma patologização da vida. Num modelo prescritivo e moralista, determina-se normalidades e anormalidades e cria-se patologias. Esse processo de patologização se refere a "toda forma discursiva geradora de regras sociais e normas de conduta que são utilizadas para classificar, etiquetar e às vezes punir. Regras que determinam como os sujeitos devem proceder a partir de parâmetros que, na maioria das vezes, não levam em conta a particularidade (...) conduzindo a uma patologização da existência." (Ceccarelli, 2010, p. 125)*

O sofrimento psíquico traz marcas da sociedade e do momento sócio-histórico que o produziu, contudo, isso é ignorado na medida em que as patologias são perversamente individualizadas - como algo pertinente ao indivíduo e desligado do social - e são maciçamente generalizadas, culminado numa condição falsa de "muitos indivíduos não aptos para viver neste mundo", sendo que a questão deveria ser deslocada para o social, para o que este mundo produz de sofrimentos, angústias e exclusões.

*"O sofrimento psíquico traz marcas da sociedade e do momento sócio-histórico que o produziu, contudo, isso é ignorado na medida em que as patologias são perversamente individualizadas"*

Este processo acontece relacionado a um momento histórico, social e econômico que passa pelas condições da pós-modernidade, pelo capitalismo, individualismo e uma ideologia do discurso científico, que ocupa o lugar que outrora a religião ocupou. A ideologia da racionalidade científica, segue a lógica da moral, da individualização de patologias e generalização das mesmas patologias para todos, excluindo as singularidades - tal como vemos nos diagnósticos de TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - cada vez "mais comuns"

atualmente. E, mesmo na compreensão do uso de álcool e outras drogas, como se todo uso fosse um *abuso* ou *uso prejudicial* de drogas (querendo internar adolescentes por experimentar maconha, por exemplo - com a justificativa de que esta é a droga de "porta de entrada para outras mais pesadas" - e se esquecendo do álcool presente em casa, dos comprimidos para dormir nas cabeceiras da cama ou em um "calmantezinho" para "acalmar os nervos").

*"Não é isso que se espera, por exemplo, das internações, especialmente as compulsórias? Que alguém dê um remédio que resolva - sem, muitas vezes, nem se perguntar qual é o real problema? Que droga é essa que alcança um lugar endeusado como solução de todos os problemas na vida cotidiana?"*

Paradoxalmente, esta mesma lógica garante um lugar especial para uma droga em especial, aquela financiada pelas indústrias farmacêuticas, legalmente prescritas por médicos: os psicotrópicos. Não querendo nada saber no que do social traz angústia, sofrimentos e exclusões, coloca-se o problema no indivíduo e dá-lhe um remédio. Não é isso que se espera, por exemplo, das internações, especialmente as compulsórias? Que alguém dê um remédio que resolva - sem, muitas vezes, nem se perguntar qual é o real problema? Que droga é essa que alcança um lugar endeusado como solução de todos os problemas na vida cotidiana?

Morre um ente querido; sofre-se uma violência; fica-se triste por uma perda; sofre-se assédio moral e, de repente, não podemos mais ficar tristes ou teremos um diagnóstico de depressão - e imediatamente uma prescrição de medicamentos. Patologização e medicalização da vida cotidiana. Temos que estar felizes apesar dos sofrimentos que a vida impõe. Para o imperativo da felicidade: droga - desde que prescrita por algum representante da racionalidade científica - nem que seja por internação compulsória.

Cabe aqui uma ressalva: não há dificuldade em reconhecer a importância e os benefícios tanto do conhecimento sobre as patologias e o desen-

*“Nesta encruzilhada entre moral e ética; entre patologização/ medicalização da vida e singularidade e entre felicidades prescritas e possibilidades de construção singulares da vida moram os desafios de fazer rede e fazer uma prática intersetorial”*

volvimento sobre drogas que possam ajudar as pessoas que precisem deste suporte. O problema está na ideologia que garante à racionalidade científica - especialmente as neurociências nos tempos atuais - e à medicalização um poder endeuado que impede a emergência do sujeito, que fica encoberto por um corpo diagnosticado - patologizado e medicalizado. Muitas vezes um corpo que não lhe responde mais: que a violência continue, já que não estamos sentindo mais nada!

Nesta encruzilhada entre moral e ética; entre patologização/ medicalização da vida e singularidade e entre felicidades prescritas e possibilidades de construção singulares da vida moram os desafios de fazer rede e fazer uma prática intersetorial.

E não sejamos ingênuos, de nada adianta defender o lado “correto”; defender o direito a voz do usuário e calar-lhe a boca quando ele diz algo que não desejamos ou violentamente e perversamente articular conduções com outros serviços, já que estamos “certos” porque defendemos uma determinada proposta - mesmo que a antimanicomial. Palavras ao vento se não vierem acompanhadas pela *sustentação em ato* de suas diretrizes. Sem possibilidade de realmente ouvir, acolher, pensar e refletir, caímos novamente na lógica da moral, da prescrição e da patologização. Não há atalho. Não há caminho simples. Construir práticas intersetoriais não é fácil, é preciso muita disposição para ouvir e refletir, necessitando se dispor à aproximação não só com os serviços e setores, mas com seu modo de compreensão sobre o cuidado e com o próprio usuário, que muito tem a dizer a respeito da sua condição e suas escolhas.

Não bastam dois ou mais serviços ou setores encontrarem um horário na agenda - seja pontualmente ou mesmo periodicamente - para discutir um caso, uma situação, um território. Há de se ter disposição para o outro - necessariamente

diferente - e para acolher as diferenças. Para ouvir e digerir. Para respeitar. Para refletir sobre a posição que o outro coloca.

*“Não há atalho. Não há caminho simples. Construir práticas intersetoriais não é fácil, é preciso muita disposição para ouvir e refletir”*

Quando, em um encontro, cada um está ocupado em defender sua própria posição e ideia, não há verdadeiramente disposição para o diálogo e ficamos impossibilitados de construir, de fato, uma intersetorialidade. Interseitorialidade não simplesmente como junção de serviços e setores no mesmo espaço ou sobre fazeres distintos sobre um mesmo caso, mas como a construção respeitosa de um fazer conjunto e compartilhado, sustentado dia a dia. Temos cá um desafio! 🌱

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 33, p. 125-136, jul. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&nr=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&nr=iso)>. acessos em 14 jul. 2019.

FREUD, Sigmund. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: \_\_\_\_\_. **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos** (1920-1923). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GIOVANETTI, Fernanda Zanetti Cinalli. **A negação da clínica na saúde mental**: Impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.47.2018.tde-23082018-155542.

IMBERT, Francis. **A questão da ética no campo educativo**. Petrópolis: Vozes, 2001.



Foto: iStock



# Financiamento: pelo investimento em infraestrutura e incremento da rede

**Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti**  
**Rafael Cislinski**  
**Rodrigo Pressotto**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista para o povo brasileiro, garantindo o estabelecido na Constituição Federal: saúde como *direito de todos os cidadãos e dever do Estado* e estipulou responsabilidades específicas na gestão e financiamento da saúde para os três entes federados: União, estados e municípios, garantindo aos municípios um papel estratégico na implementação de políticas de saúde.

O que se chamou de municipalização foi um importante processo nas décadas de implantação e fortalecimento do SUS no país, consolidando novas formas de gestão, favorecendo a abertura de novos equipamentos e serviços e fomentando a participação social, mediante, especialmente, a consolidação de dispositivos previstos de controle social no âmbito do SUS - ganho imensurável para o sistema: a participação de todos. (Trapé, Onocko-Campos, 2017). Com a municipalização, a gestão de serviços de saúde passou a ficar mais próxima da população, sendo mais fácil e possível identificar necessidades específicas da população de uma determinada região, promovendo serviços mais adequados frente a estas necessidades e particularidades, bem como favorecendo a proximidade da população aos gestores de serviços para que pudesse controlar, avaliar e monitorar as ações e estratégias implementadas.

No contexto da saúde mental, o processo de municipalização, alavancou as possibilidades de criação, surgindo notáveis experiências inovadoras. Paralelamente ocorreu um processo de implantação de serviços substitutivos e comunitários de saúde e concomitante fechamento de leitos hospitalares, grandes conquistas

para o campo da saúde mental, que culminaram na promulgação da lei 10.216/2001 - importante alicerce legal para as políticas de saúde mental - a qual reiteramos e sustentamos aqui.

Antes ainda da lei, esses processos se iniciaram numa "realidade ainda pulverizada em municípios com maior capacidade de gestão que validavam o ainda germinativo novo modelo, ajudando a impulsionar as mudanças sistêmicas". (Trapé, Onocko-Campos, 2017, p. 2).

Com relação aos processos de cuidado com as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, segundo registros históricos (Silva, 2005), até o final da década de oitenta - século vinte -, seguiu trajetória similar na maior parte do país, ao tratamento destinado a pessoas com sofrimento psíquico. Sendo assim, a oferta de tratamento era baseada em atendimento ambulatorial e na internação de longa duração nos grandes hospitais psiquiátricos/manicômios que até então eram tidos com a referência para o tratamento dessa população mesmo com baixa resolutividade e inúmeras denúncias de violação de direitos humanos das pessoas em internação.

Paralelamente ao processo histórico das políticas públicas para essa população ou a ausência destas, as Comunidades Terapêuticas e também as clínicas privadas de atendimento a pessoas denominadas por elas de "dependentes químicos" surgiram desde a segunda metade da década de 60 e em especial a década de 70 no Brasil influenciadas por experiências internacionais, principalmente, pelo modelo dos Estados Unidos (Silva, 2005).

*“Como nos Hospitais Psiquiátricos, nas Comunidades Terapêuticas e Clínicas, a partir de constatação de inúmeras fiscalizações realizadas por parte do Ministério Público, vigilâncias sanitárias municipais, órgãos de profissão e entidades de combate à violação de direitos humanos, muitas dessas instituições foram identificadas como violadoras de direitos humanos, inviabilizando qualquer abordagem terapêutica”*

Essas instituições na maioria tinham suas ações desenvolvidas a partir de instituições filantrópicas e com o passar dos anos passaram a estabelecer convênios com os municípios e estados. Na prática, contudo, o que era ofertado nos locais de tratamento para essa população não era diferente do modelo de tratamento desenvolvido nos manicômios, baseado na internação de longa duração, suspensão de liberdades individuais e ênfase exclusiva na abstinência total do uso de drogas.

Como nos Hospitais Psiquiátricos, nas Comunidades Terapêuticas e Clínicas, a partir de constatação de inúmeras fiscalizações realizadas por parte do Ministério Público, vigilâncias sanitárias municipais, órgãos de profissão e entidades de combate à violação de direitos humanos, muitas dessas instituições foram identificadas como violadoras de direitos humanos, inviabilizando qualquer abordagem terapêutica. Todavia, até os anos dois mil essas instituições ocupavam papel periférico dentro das políticas públicas e ofertas de tratamento a pessoas usuárias de drogas no país.

Nesse período não havia políticas de financiamento e programas com recursos específicos voltados a essa população em âmbito nacional permanecendo restrito a iniciativas de municípios que assumiam a política sobre drogas em sua plataforma de governo.

No final da década de oitenta e no decorrer da década de noventa, como consequência do processo de Reforma Psiquiátrica, novas

propostas e programas governamentais surgiram indicando a criação de novos modelos de serviço e propostas de tratamento voltado a essa população. Muitos destes se tornaram referência para a política de drogas antimaniacomial. É nesse período que a política de redução de danos começa a ser difundida de forma ampliada no país, baseada nas experiências de prevenção e combate as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e passa também a influenciar as ações em saúde pública culminando com a sua posterior incorporação à política de drogas. É nessa época também que os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem e começam a se tornar o principal serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico no país.

Nos anos subsequentes observamos uma mudança na política de financiamento do governo federal que passa a aumentar o financiamento e incentivo aos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e dá continuidade, agora em âmbito nacional, ao processo de fechamento de hospitais psiquiátricos por meio de medidas objetivas de controle do número de leitos hospitalares e pelo descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) de instituições que não obtiveram aprovação no Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH).

Destaca-se o PNASH dentre os modelos de avaliação que foram implementados no SUS e no caso da saúde mental, que contribuiu para o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos (os ditos também “manicômios” ou ainda “hospitais especializados”) e no aprimoramento da qualidade dos serviços oferecidos em hospital geral quando a internação é necessária e se esgotou os recursos extra-hospitalares, conforme a Lei 10.216/2001.

“Nessa fase, ficou claro que o aumento de financiamento e a destinação direta a serviços específicos de saúde mental foram elementos-chave para iniciar a transição do modelo, valendo como estratégia de indução. Como efeito dessa política, houve alteração do número de internações em relação à abertura de novos serviços comunitários, com redução de 12,8% frente ao crescimento de 99% de CAPS no período de 1997 a 2001”. (Trapé, Onocko-Campos, 2017, p. 2).

A aprovação da lei 10.216, a regulamentação de serviços e o incremento financeiro para

implantação de serviços fez muitos municípios considerarem a implantação dos CAPS AD e estratégias de cuidado territoriais (como profissionais de saúde mental na atenção básica, por exemplo) o meio mais eficaz para estruturar sua rede de atenção à população usuária de drogas.

Desde a promulgação desta tão esperada Lei 10.216/2001 - após os longos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional - houve no Brasil um impulsionamento à implantação e manutenção dos serviços chamados substitutivos - por substituírem a lógica hospitalocêntrica/manicomial pela lógica comunitária de atenção à saúde - por meio do financiamento promovido pela União. Houve então um crescimento real e significativo de serviços comunitários - em especial CAPS - e um decréscimo considerável do financiamento para leitos hospitalares, com redução importante do número de leitos em hospitais psiquiátricos, mantendo-se referência de leitos em hospital geral - tal como preconiza o modelo de saúde mental da Reforma Psiquiátrica. "Foi em 2006 que o valor repassado aos serviços comunitários superou o gasto em leitos hospitalares, seguindo padrões internacionais". (Trapé, Onocko-Campos, 2017, p. 3). Vale destacar:

*Thornicroft e Tansela<sup>1</sup> revisaram mais de três mil artigos de 1980 a 2003 e constataram que os melhores resultados nos modelos de atenção à saúde mental estão em "modelos de atenção equilibrados", com ampliação de serviços comunitários e com a internação, preferencialmente, realizada em hospitais gerais. Os autores também indicam as diferenças nos modelos a partir do financiamento, separando os países com amplo investimento na saúde mental e os que pouco investem e restringem as ofertas assistenciais. O foco do financiamento aliado a ações de monitoramento desses recursos, a partir das premissas discutidas, é estratégico para melhoria da assistência em saúde mental, até mesmo em países com poucos recursos assistenciais. (Trapé, Onocko-Campos, 2017, p. 3).*

Com a portaria 3088/2011 inserida no contexto das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde observou-se a regulamentação de outros serviços estratégicos para promoção ao cuidado da po-

pulação usuária de drogas nas comunidades como, por exemplo, as Unidades de Acolhimento (UA) e o Consultório na Rua.

É evidente a relação ao longo da história da saúde mental no âmbito do SUS, a intrínseca e próxima relação entre financiamento e sustentação de um modelo de atenção à saúde. Contudo, já em 2016, Trapé e Onocko-Campos (2017) apontavam a insuficiência do financiamento em saúde, em especial em saúde mental, e a necessidade de alterações também no processo de governança no âmbito do SUS - com desafios para pensar gestões regionais de serviços de saúde e saúde mental e não somente relativas ao âmbito municipal. Em 2019, fica evidente as fragilidades nos processos de financiamento e da própria sustentação do SUS e do modelo antimanicomial, aspecto ao qual devemos estar atentos.

Para a compreensão da totalidade do processo de implementação de políticas públicas é necessário acompanhar a forma do financiamento dos serviços ocorrem. Os serviços não são constituídos somente com boas ideias e boas intenções e práticas, sendo o financiamento parte fundamental da implementação e sustentação dos mesmos. No Estado de São Paulo é evidente a inexistência de uma política de financiamento continuada dos serviços por parte do Governo, aumentando a necessidade de investimento dos municípios para a implementação de serviços e prejudicando assim o avanço das políticas públicas em questão. (Bertolino; 2017)

---

*"O que demonstra o cerne da incoerência do processo de instituição do modelo psicossocial como a referência para o cuidado a população usuária de drogas, é que nunca se conseguiu sequer que houvesse acordo entre os três entes da federação (governo federal, estados e municípios) na forma da destinação e priorização dos recursos financeiros para implantação e custeio dos serviços e programas voltados para a população usuária de drogas"*

1 Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesq Prat Psicossoc.* 2008;3(1):9-25.

O que demonstra o cerne da incoerência do processo de instituição do modelo psicossocial como a referência para o cuidado a população usuária de drogas, é que nunca se conseguiu sequer que houvesse acordo entre os três entes da federação (governo federal, estados e municípios) na forma da destinação e priorização dos recursos financeiros para implantação e custeio dos serviços e programas voltados para a população usuária de drogas.

Dessa forma sempre houve desequilíbrio no percentual destinado por cada ente da federação para implantação e custeio dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento a população usuária de drogas é uma tônica na realidade brasileira. O que representa situações em que há enorme disparidade entre no valor investido pelos municípios para manutenção de sua rede de serviços (em média entre 70% e 75% do valor total), participação moderada do governo federal (em média entre 20% a 25% por cento do valor total) e em alguns estados, como o estado de São Paulo, quase nenhuma participação do estado no custeio da rede de serviços (menos de 3% do valor total).

A título de exemplo, aqui utilizaremos o financiamento da saúde mental de um município do Estado de São Paulo. Em tese de doutorado apresentada em 2017 (Bertolino, 2017) fica evidente que a Política de Financiamento aos serviços de saúde mental foi contínua por parte do Ministério da Saúde - segundo dados até 2016 -, porém é indicativo também que esse financiamento é insuficiente, na medida em que a pesquisa expressa a necessidade real de financiamento dos serviços, ou seja, a pesquisa avalia detalhadamente as necessidades reais de custeio, implementação e manutenção dos serviços de saúde mental no município e os dados apontam para a inexistência de repasse estadual, repasses federais contínuos, mas insuficientes e a necessidade crescente do município disponibilizar cada vez mais recursos para a sustentação e custeio dos serviços de saúde mental. (Bertolino, 2017)

Dessa forma, o estabelecido como responsabilidades específicas de cada um dos entes federados não se efetiva de forma justa, com o Estado oferecendo aquém do que deveria - ou não oferecendo recurso algum - e com os municípios tendo que arcar com muito mais do que o estabelecido como sua responsabilidade, onerando os municípios e dificultando implementação de novas estratégias de interesse local.

Considerando que não há financiamento ou custeio instituído pelo governo de Estado de São Paulo para os serviços de saúde mental, a relação entre custo e custeio federal dos serviços especializados - segundo a distinção dos serviços estabelecidos pela portaria 3088/2001 - que estabelece a RAPS<sup>2</sup> - é de um custeio de aproximadamente de 42,37% do custo médio total dos serviços especializados da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Dessa forma, em média, levando-se em consideração a realidade pesquisada, um município arca com 58,63% do custeio mensal e o o governo estadual não contribuía com o custeio. (Bertolino, 2017)

Não bastasse isso, ainda existem situações como em estados e municípios em que há divergência na concepção dos programas voltados a atenção a usuários de drogas e com muita frequência alimentam redes de serviços paralelos atuando nas mesmas cidades ou regiões, mas, operando com lógicas antagônicas de cuidado e tratamento.

---

*“Por outro lado, o governo do estado financia serviços privados de saúde que concorrem com o modelo da Saúde Mental antimanicomial, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas através do programa ‘Recomeço’ ou o financiamento superior à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) federal para leitos em Hospitais Psiquiátricos”*

Por outro lado, o governo do estado financia serviços privados de saúde que concorrem com o modelo da Saúde Mental antimanicomial, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas através do programa “Recomeço” ou o financiamento superior à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) federal para leitos em Hospitais

---

2 Optamos por não utilizar o termo RAPS, por considerar a RAPS como aquela que é pública, comunitária e territorial. Contudo, foi incluído na RAPS (portaria 3088/2011) as comunidades terapêuticas e mais recentemente os hospitais psiquiátricos e CAPS IV, com o quais não pactuamos, tomando-se pode decisão não mais utilizar o termo RAPS para se referir aos equipamentos e serviços de saúde mental de base territorial, comunitária que atuam segundo a lógica antimanicomial.

Psiquiátricos, numa lógica que evidencia uma fomentação de políticas contrárias à Reforma Psiquiátrica e à proposta antimanicomial. Caso o governo do estado de São Paulo custeasse mensalmente os serviços de saúde mental nos municípios em um valor igual ao do governo federal - segundo dados de 2016 - seria mais viável a implantação e manutenção dos serviços por municípios que tem uma arrecadação inferior em comparação com municípios maiores com maior arrecadação. (Bertolino, 2017).

Dessa forma, os custeios vem possibilitando a manutenção dos serviços em funcionamento, contudo, a inclusão de financiamento estadual possibilitaria ao município uma melhor qualificação do cuidado e da infraestrutura da rede de saúde mental antimanicomial. Possibilitaria também aos demais entes da federação a fiscalização e a cobrança de investimento na saúde mental também por parte do município, fazendo-se jus à responsabilização dos três entes federados. (Bertolino, 2017).

---

*“Dessa forma, os custeios vem possibilitando a manutenção dos serviços em funcionamento, contudo, a inclusão de financiamento estadual possibilitaria ao município uma melhor qualificação do cuidado e da infraestrutura da rede de saúde mental antimanicomial”*

A questão se complexifica à medida em que nos últimos anos, tanto a saúde mental quanto o próprio SUS tem sofrido ataques. Alguns merecem destaque. Na promulgação da portaria 3088/2011, que estabelece a organização da saúde mental num sistema de rede de saúde, criando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), percebe-se um ataque à Reforma Psiquiátrica e à lógica antimanicomial, com a inclusão das Comunidades Terapêuticas como pontos de atenção desta rede, uma vez que são serviços regidos por uma lógica de privação de liberdade e se constituem como verdadeiros manicômios no contexto atual. (Giovanetti, 2018). A inclusão desses serviços privados na RAPS, torna-se ainda mais grave na medida em que indicam

uma tendência de ampliação da terceirização do dever do Estado na oferta cuidados à sua população. (Bertolino; 2017).

Enquanto o modelo preconizado deveria ser a implantação de uma rede de serviços articulada entre si que possuísse serviços de diferentes níveis e complexidades com ampliação dos cuidados a população usuária mais próxima de onde vivem, o estado de São Paulo em diferentes gestões sustentou rede paralela às redes municipais - tal como o exemplo do Programa “Recomeço”, com quase nenhuma interlocução macro e micro regional e seguiu financiando hospitais psiquiátricos e investindo em serviços de internação de longa duração de perspectiva asilar como as Comunidades Terapêuticas.

Por meio de convênios o Estado de São Paulo em diferentes gestões sustentou nas últimas três décadas hospitais psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e “Clínicas de Recuperação para Dependentes Químicos” e afins. Criou programas de internação compulsória, que rompe a lógica do cuidado comunitário, promovendo internações fora dos municípios de origem das pessoas em tratamento e, na maioria das vezes, não buscavam referenciar as pessoas atendidas para serviços em que pudessem dar continuidade ao seu tratamento em seus municípios de origem. Dentro desses programas e serviços com muita frequência eram e são utilizadas abordagens coercitivas que violam os direitos daquele que supostamente visa tratar.

Não se viu nesse período, portanto, nas ações do estado de São Paulo, a tentativa de coordenação de ações e medidas de gestão em conjunto com outros entes da federação para viabilizar projeto de política de cuidado comum para as pessoas usuárias de drogas. Pelo contrário observaram-se programas conflitantes com o que já vinha sendo desenvolvido em muitos municípios que investiam seus recursos para criar rede de serviços que promovesse o cuidado de seus habitantes em seu próprio território.

---

*“O exemplo do estado de São Paulo corrobora com o histórico brasileiro forte presença interesses privados e corporativistas na política de saúde mental, álcool e outras drogas”*



O exemplo do estado de São Paulo corrobora com o histórico brasileiro forte presença interesses privados e corporativistas na política de saúde mental, álcool e outras drogas. Pois, o que se vê na prática é o empreendimento de esforços para a manutenção de instituições que não buscam se adequar ao modelo psicossocial em detrimento da destinação de recursos estaduais que são necessários para os municípios viabilizarem sua própria rede de serviços, capaz de atender a população de seu território ou região circunvizinha<sup>3</sup>.

Nos últimos 20 anos o que também se observou é um reflexo do atravessamento dos interesses privados e corporativistas na política de saúde mental e na política sobre drogas, pois, é fato que dentro da história da construção das políticas de saúde no Brasil a participação das entidades privadas contratadas pelo poder público como prestadores de serviços ao invés da implantação de serviços próprios estatais é extremamente significativa. Nesse sentido, grupos organizados de corporações profissionais e de empresas prestadoras de serviços de saúde custeadas por contratos com entes públicos, interferem nos rumos da implantação do SUS, legislando em causa própria, e disputando a prioridade na destinação dos recursos financeiros para sua sobrevivência ao invés de pensar nas necessidades da população.

Em termos de financiamento significa que recursos públicos estão sendo destinados para instituições privadas, favorecendo enriquecimento de *proprietários* e gestores de serviços que além de privarem seus atendidos de liberdade e de direitos - em vários âmbitos: liberdade de ir e vir, liberdade de crença religiosa, liberdade de expressão, direito de acesso à comunidade e pessoas significativas para sua vida etc. - ofertam um serviço de alcance pífio. Por exemplo, num município de 250 mil habitantes, um CAPS AD é referência para toda a população municipal - portanto, 250 mil habitantes - e para os serviços parceiros no que se refere aos cuidados em saúde relativos a uso e abuso de álcool e outras drogas nesse raio de abrangência - seja realizando atendimentos diretos, promovendo matriciamento e discussão técnica na rede, orientações etc. Esse

mesmo município, quando recebe a oferta do serviço terceirizado e privado do Governo do Estado de São Paulo, tem disponibilizado para si, em geral, 10 vagas para atendimento - ou seja, seriam "beneficiados" deste serviço o equivalente a 0,0004% da população deste referido município (!).

As críticas a este nosso argumento seria a seguinte: "atendemos, nas comunidades terapêuticas, todos que nos são encaminhados" - certamente que o fazem, uma vez que há critérios rígidos para o recebimento de pacientes: não pode ter comorbidades psiquiátricas ou até físicas, muitas não atendem fumantes, os casos precisam ser de fácil adesão ao serviço etc.

Na prática estes serviços ganham muito para atender os casos mais brandos e os CAPS AD, por exemplo, acabam por ter um repasse muito, mas muito menor em proporção, para atender toda uma população municipal ou regional e ser referência para serviços da mesma abrangência. Atendem também os casos mais graves e de difícil adesão ou com comorbidades e, apesar disso, permanecem os CAPS AD sendo alvo de críticas para os defensores das Comunidades Terapêuticas nessa lógica perversa que escamoteia as reais condições e interesses escusos por trás desta perspectiva.

Os CAPS AD estão inseridos numa condição de precarização dos serviços de saúde, assim como das demais políticas públicas (assistência social, trabalho e geração de renda, educação, entre outras) evidente na realidade atual e de fácil constatação. Nesses termos, é comum encontrar serviços operando com "equipe mínima", ou abaixo da mínima, sobrecarregando trabalhadoras(es) e dificultando a oferta de serviços, mas ainda assim tendo que dar conta da sua região de abrangência de vários mil habitantes.

Mais recentemente, a partir da Nota Técnica 11/2019, o que já era trágico, ficou pior, e é cada vez mais evidente o aceno do governo federal à velha lógica manicomial - embora insistam de chamar de "Nova Política de Saúde Mental". Na Nota Técnica - objeto de nota de repúdio divulgada pelo CRP SP<sup>4</sup> - há a inclusão dos hospitais psiquiátricos na rede de saúde mental - um retrocesso imensurável, que contraria o movimento nas últimas décadas de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos - em manicó-

3 Em situações em que existem consórcios entre municípios vizinhos, em geral de pequeno porte, de uma micro região do estado com o intuito de criar serviços regionalizados para atendimento a população de diferentes localidades, quando estas individualmente não reúnem condições de sediar serviços de todas as complexidades.

4 <http://www.crsp.org/site/fique-de-olho-interna.php?noticia=1468>

mios, no bom português - e permanência de leitos em hospitais gerais. Há fomento, por exemplo, de serviços como os CAPS-IV, ambulatórios de saúde mental e à estratégia de ECT ou eletroconvulsoterapia - o velho "eletrochoque" ainda que pintado com argumentos supostamente científicos e por técnicas menos "chocantes", digamos assim, mas não menos desumanas.

Com o financiamento e ampliação de recursos destinados apenas às comunidades terapêuticas e aos Hospitais Psiquiátricos, fica evidente a intenção do governo federal de investir na internação em instituições de caráter asilar - contrariando a Lei 10.216/20001 e a Política de Saúde Mental Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica - em detrimento do cuidado ofertado nos serviços de atenção psicossocial. (Bertolino; Sayeg) Podemos entender ainda que haverá uma tendência em transformar os serviços comunitários de saúde mental - especialmente os CAPS - em centros de encaminhamento para instituições de privação de liberdade. Essa tendência se mostra forte quando se analisa o programa "Recomeço" que têm nos serviços públicos, seja o CRATOD ou o CAPS IV, seus pilares de triagem e encaminhamento para clínicas de recuperação, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. (Bertolino; Sayeg) Com o panorama político atual, percebe-se uma sinalização no sentido de intensificação de práticas de cunho religioso e pouco técnicas (Bertolino; Sayeg) - tal como se constituem as Comunidades Terapêuticas em sua maioria (Giovanetti, 2018) - que se somam aos os exemplos de enfraquecimento do Ministério da Saúde, Educação e Direitos Humanos têm demonstrado, fragilizando mais o contexto de políticas públicas. (Bertolino; Sayeg).

Outro dado é a criação do Ministério da Cidadania pelo Governo Federal neste ano com a diluição do Ministério da Cultura, juntamente com o Ministério do Esporte e Ministério do Desenvolvimento Social já anunciada no governo de transição, sendo indicado o médico Osmar Terra como ministro da nova pasta. Neste novo ministério foi estabelecida diversas Secretarias, dentre elas a Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas.

Em 2016, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi alvo de mobilizações e manifestações que solicitavam a articulação e sustentação da Política Nacional de Saúde

Mental Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no país, demonstrando objetivos contrários a esta lógica. Sinalizava-se em direção a uma política manicomial e em sua gestão foi criada a "Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica" - trocando em miúdos, a velha política manicomial e hospitalocêntrica, por isso sendo chamada por alguns movimentos sociais de "Frente Parlamentar Pró-Manicomios".

Defendo a política pró-manicomios é publicada a portaria 3588/2017 que altera a Rede de Atenção Psicossocial, estabelecendo o CAPS IV como um novo serviço e uma política de financiamento para tal. Essa inclusão já prenunciava os retrocessos seguintes que culminou na Nota Técnica 11/2019, que reafirma as diretrizes estabelecidas na portaria 3588/2017 e volta a defender e criar linhas de financiamento público para aquisição de equipamentos usados em procedimentos invasivos e severamente criticados por terem sido utilizados de forma indiscriminada como medida de punição a pessoas internadas, como os equipamentos de eletroconvulsoterapia (ECT), promove o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, CAPS IV, ambulatório de saúde mental etc.

A retomada do modelo assistencial em saúde mental centrado no Hospital Psiquiátrico e na atenção ambulatorial a partir ações como a portaria 3558/2017 em que reinsere os manicômios de forma definitiva na rede assistencial de saúde mental por meio de ações concretas, como elevar o valor pago pelas autorizações para internações hospitalares (AIHs), o que, na prática, serve como novo incentivo para reabertura e ampliação de leitos em hospitais em detrimento da implantação de novos serviços comunitários de saúde mental.

No âmbito nacional, juntamente com a implantação de medidas pró-manicômios, utilizou-se a estratégia de "dividir para conquistar", fazendo a questão de drogas ficar dividida em dois ministérios ao menos: o da saúde - que já era um foco dos movimentos sociais para a defesa da Reforma Psiquiátrica - e a "Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas" do Ministério da Cidadania, na qual a Coordenação de Saúde Mental poderia fazer muito mais a favor da sua política pró-manicômios por estar em uma pasta fora da Saúde e da Saúde Mental e

na qual articulou o fortalecimento da estratégia pró-manicômios e das Comunidades Terapêuticas, com o apoio da bancada evangélica.

Tal articulação culminou na promulgação da Lei 13.840/2019 que fortalece mais ainda a estratégia de Comunidades Terapêuticas, indicando um repasse maior ainda de recursos públicos para o poder privado, com concomitante e proporcional desinvestimento no SUS ou em políticas públicas de qualidade para a população.

Por último, mas não menos importante, temos a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016) - a emenda do teto dos gastos públicos, que Francisco Funcia (2018) - em apresentação oral - propõe como um subfinanciamento que promove o desfinanciamento do SUS e que, juntamente com a EC 86/2015 e EC 93/2016, promoverá um grande prejuízo para a saúde no país.

A emenda constitucional 95/2016 limitou os gastos públicos com políticas sociais por vinte anos. Sob o aspecto financeiro impacta o reajuste orçamentário dos gastos em saúde que estarão congelados pelos próximos 17 anos, segundo o que preconiza a medida parlamentar. Do ponto de vista prático, essa medida condenou o SUS a parar de receber novos investimentos visando ampliação da assistência em saúde oferecida à população.

Nos cálculos de Funcia (2018) fica evidente a insuficiência do financiamento para a manutenção do SUS diante das necessidades da população, que ficará desassistida. Trata-se de uma perda de bilhões para o SUS e para todo o âmbito de políticas públicas. Contraditoriamente, vemos serviços de saúde mental condizentes com a Reforma Psiquiátrica, como os CAPS AD, desinvestidos e outros serviços pró-manicômios sendo investidos crescentemente. Trata-se de inegável investimento na política pró-manicômios, que tem na Comunidade Terapêutica seu representante mais evidente nos tempos atuais e na questão de álcool e outras drogas.

Como visto até aqui a política de financiamento ao longo dos últimos 18 anos, se consideramos como marco a lei 10216/2001, nunca se manteve nas esferas estaduais e federal de forma integrada na busca pela continuidade das diretrizes estipuladas, havendo até situações de enorme disparidade entre o defendido nacionalmente e o defendido nos estados. Neste sentido, os maiores afetados são os municípios que

ficam com a maior parcela de responsabilidade na implantação direta dos serviços e seu financiamento sem contar, contudo, com incentivo semelhante dos outros níveis do poder executivo. É de suma importância salientar também que quem sofre efetivamente o maior impacto desse descompasso é a população, que permanece à mercê da definição de bases mais sólidas para estruturação da política assistencial.

---

*“Como visto até aqui a política de financiamento ao longo dos últimos 18 anos, se consideramos como marco a lei 10216/2001, nunca se manteve nas esferas estaduais e federal de forma integrada na busca pela continuidade das diretrizes estipuladas, havendo até situações de enorme disparidade entre o defendido nacionalmente e o defendido nos estados”*

No caso específico da população usuária de drogas que em geral visto por meio de valores morais em vez do olhar de cuidado, devido muitos serem usuários de substâncias que não são regulamentadas para o uso e consideradas ilegais ficam expostos a toda sorte interpretações sobre a solução de seus problemas. Os meios de comunicação televisivos e impressos da grande imprensa comercial tem papel chave nesse contexto como difusores da cultura manicomial, advogando pelo procedimento de internação que, nas etapas da assistência em saúde, é considerado último recurso de tratamento como a primeira medida a ser tomada. Essa informação propagada somada a forma como a política de financiamento está estruturada gera um nicho de mercado que nos últimos anos tem sido ocupado pelas Comunidades Terapêuticas, Clínicas particulares para Dependência Química e Manicômios que se aproveitam de grande parte do financiamento público para perpetuar o tratamento baseado exclusivamente na internação de longa duração desarticulada da rede de serviços comunitários presentes nos municípios.

É de se esperar que diante dos retrocessos, o financiamento público de serviços paudados pela lógica da integralidade do cuidado, equidade e universalidade fiquem ameaçados, como já vem ocorrendo. Para que o cuidado em álcool e outras drogas se mantenha erguido em bases democráticas e comunitárias, é preciso se aprofundar na compreensão do contexto macro e micro político, movimentando a disputa relativa à metodologia de cuidado. (Bertolino; Sayeg)

---

*“Para que o cuidado em álcool e outras drogas se mantenha erguido em bases democráticas e comunitárias, é preciso se aprofundar na compreensão do contexto macro e micro político, movimentando a disputa relativa à metodologia de cuidado”*

Este Conselho de Psicologia, os movimentos sociais em defesa da proposta Antimanicomial e seus representantes reafirmam que se manterão firmes, de maneira intransigente, na sustentação da lógica antimanicomial e dos Direitos Humanos. Que possamos estar atentos, todos, aos processos de financiamento também, que, - às vezes, pouco interessam a alguns -, mas que retratam e trazem indícios de movimentações e mudanças de lógicas e paradigmas apontando no horizonte para onde de fato a política atual pretende direcionar suas ações, para que não estejamos desavisados e para que possamos nos posicionar e resistir, garantindo a sustentação dos pilares necessários para a manutenção da proposta antimanicomial e a garantia dos direitos humanos em todos os seus aspectos, inclusive e, principalmente, na Política de Álcool e outras Drogas. 🌱

## Referências

BERTOLINO NETO, Moacyr Miniussi. **A implantação da RAPS em um Município de Grande Porte e poucos Recursos Financeiros**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/T.6.2017.tde-20092017-112652. Acesso em: 2019-07-21.

FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 - do (sub)financiamento para o (des)financiamento do SUS**. Apresentação oral realizada em 10 de dezembro de 2018 para o Fórum dos Conselhos Atividade Fim Saúde (FCAFS). Sao Paulo-SP, 2018.

GIOVANETTI, Fernanda Zanetti Cinalli. **A negação da clínica na saúde mental: Impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.47.2018.tde-23082018-155542.

Silva, Débora de Souza. **Gênero e assistência as usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?** /Débora de Souza Silva; Dissertação de Mestrado. Orientadora: Zélia Milanez de Lossio e Seiblitiz. - Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Serviço Social, 2005.

TRAPÉ, Thiago Lavras, ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev Saude Publica**.



Realização:



Conselho  
Regional de  
**PSICOLOGIA SP**