



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA EDUARDA FARIA LUZ DE MORAIS

**SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS: ENTRE O
PROIBICIONISMO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**MARIANA
2025**

MARIA EDUARDA FARIA LUZ DE MORAIS

**SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS: ENTRE O
PROIBICIONISMO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Leonardo Nogueira Alves

MARIANA
2025

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M827s Morais, Maria Eduarda Faria Luz De.
Saúde mental e políticas sobre álcool e outras drogas [manuscrito]:
entre o proibicionismo e a atenção psicossocial. / Maria Eduarda Faria Luz
De Morais. - 2025.
70 f.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Leonardo Nogueira Alves.
Coorientadora: Profa. Dra. Dra. Cristiane Silva Tomaz.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Assistência social. 3. Alcoólatras
- Reabilitação. 4. Comunidades terapêuticas. 5. Drogas - Abuso -
Tratamento - Legislação. 6. Proibição (Direito). 7. Saúde mental. I. Alves,
Dr. Leonardo Nogueira. II. Tomaz, Dra. Cristiane Silva. III. Universidade
Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 364.4

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa - Bibliotecário Coordenador
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Eduarda Faria Luz de Moraes

Saúde mental e políticas sobre álcool e outras drogas: entre o proibicionismo e a atenção psicossocial

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social

Aprovada em 02 de setembro de 2025

Membros da banca

Dr. - Leonardo Nogueira Alves - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. - Cristiane Silva Tomaz - Co-orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. - Sara Martins de Araújo - - Universidade Federal de Ouro Preto

Leonardo Nogueira Alves, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 23/09/2025



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Nogueira Alves, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 23/09/2025, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0982801** e o código CRC **52EEBC75**.

RESUMO

Este trabalho aborda a prática profissional do assistente social na saúde mental, com ênfase no atendimento de usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. O objetivo foi refletir sobre os desafios postos ao exercício profissional de assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad e nas Comunidades Terapêuticas. Foi utilizada uma abordagem qualitativa com a metodologia de pesquisa bibliográfica e documental. O resultado final indicou que a atuação de assistentes sociais nesses dois dispositivos se diferencia, pois um dispositivo se alinha mais com o Projeto Ético-Político da profissão e o outro se alinha mais à ideologia proibicionista e manicomial. Conclui-se sobre a necessidade de uma análise crítica da atuação de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas.

Palavras-chave: Assistente social. Saúde mental. Proibicionismo. Comunidades Terapêuticas. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

ABSTRACT

This study examines the professional practice of social workers in the field of mental health, with particular emphasis on the care of individuals engaged in the harmful use of alcohol and other drugs. The aim was to critically analyze the challenges faced by social workers within Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPSad) and Therapeutic Communities. A qualitative approach was employed, utilizing bibliographic and documentary research methods. The findings indicate a marked contrast between these two care settings: while one is more closely aligned with the Ethical-Political Project of the profession, the other tends to reflect prohibitionist and asylum-based ideologies. The study concludes by underscoring the need for a critical appraisal of social workers' roles and practices within therapeutic communities.

Keywords: Social worker. Mental health. Prohibitionism. Therapeutic communities. Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs.

LISTA DE SIGLAS

ABORDA – Associação Brasileira dos Redutores de Danos

AI-5 – Ato Institucional nº 5

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

Cofi – Comissão de Orientação e Fiscalização

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT – Comunidade Terapêutica

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico

MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ONGs – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEP – Projeto Ético-Político

PFDC/MPF – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNAD – Política Nacional Sobre Drogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos

RELARD – Rede Latina Americana de Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SENAPRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SHR – Serviço Hospitalar de Referência

Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

STF – Supremo Tribunal Federal

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - PROIBICIONISMO, USO DE PSICOATIVOS E SAÚDE MENTAL...11	
1.1 O uso de psicoativos, o proibicionismo e o caráter econômico das drogas.....	11
1.1.1 A droga e seus valores.....	11
1.1.2 Os primeiros proibicionismos internacionais.....	19
1.1.3 As consequências do proibicionismo na Política Nacional sobre Drogas.....	23
1.2 Uso de psicoativos e o cuidado na saúde mental.....	28
1.2.1 A Política de Redução de Danos.....	28
CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	34
2.1 A Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPSad.....	35
2.1.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira.....	35
2.1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad.....	41
2.1.3 As Comunidades Terapêuticas.....	46
2.2 O trabalho do assistente social com usuários de álcool e outras drogas.....	53
2.2.1 O assistente social no CAPSad na perspectiva da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos.....	54
2.2.2 O assistente social nas comunidades terapêuticas.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
Referências bibliográficas.....	63

INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho apresenta uma análise sobre o trabalho da/o Assistente Social na saúde mental com usuários de psicoativos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad e nas Comunidades Terapêuticas - CTs, a partir de uma abordagem metodológica qualitativa por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa inicia-se no primeiro capítulo apresentando um debate sobre as substâncias psicoativas, a política proibicionista e em como essa ideologia influencia na atual Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Em seguida, abre o debate sobre o uso de psicoativos e o cuidado na saúde mental, apresentando a estratégia de Redução de Danos.

No segundo capítulo, é abordado a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e o trabalho do Assistente Social com os usuários de substâncias psicoativas. Neste capítulo, o trabalho percorre sobre a Reforma Psiquiátrica, a política que constitui os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad derivada da Luta Antimanicomial -, apresenta as Comunidades Terapêuticas e o avanço dessas instituições no Brasil na última década. Por fim, o capítulo faz uma análise do trabalho do assistente social em ambos os dispositivos, pautado nas diretrizes da profissão.

O interesse pelo tema em questão foi escolhido baseado na experiência de estágio no CAPSad da cidade de Mariana -MG durante a graduação de Serviço Social. Ao longo dessa vivência em campo e com os debates em sala de aula, a questão do trabalho do assistente social nesses espaços surgiu como um problema de pesquisa. Ao iniciarmos pesquisa bibliográfica, utilizando do repositório governamental de periódicos e teses (CAPES) - foi constatado que as publicações acadêmicas sobre saúde mental e CAPSad são em sua maioria da área da psicologia e saúde, carecendo de produções sobre o trabalho de assistentes sociais nesta área de atuação. Em uma análise com 120 amostras, apenas $\frac{1}{3}$ dos trabalhos acadêmicos eram da área de ciências sociais e/ou serviço social - foram 74 trabalhos na área da saúde e psicologia e 36 na área das ciências sociais e serviço social.

Assim, este trabalho pode vir a ser de grande importância para a atuação e formação de assistentes sociais que se encontrem na área da saúde mental, atuando no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, visto também que, apesar de haver um monopólio de conhecimento da área biomédica a respeito das drogas, atualmente a discussão da temática tem ganhado espaço no campo das ciências humanas e sociais, pois, como será

apresentado ao longo deste trabalho, atualmente há o entendimento que a questão das drogas possui determinantes sociais.

CAPÍTULO 1 - PROIBICIONISMO, USO DE PSICOATIVOS E SAÚDE MENTAL

O debate sobre proibicionismo é indissociável do debate acerca de psicoativos e adoecimento mental, uma vez que é ele quem determina os valores, as políticas públicas e de saúde e os preconceitos sobre drogas e os usuários. Antes mesmo do capitalismo, as substâncias psicoativas presentes nas sociedades já assumiram papel econômico importante na sociedade capitalista e a política proibicionista foi surgindo e se firmando ao longo dos anos e das sociedades. Dessa forma, serão apresentados aqui os valores que as drogas assumem como mercadoria nesta sociedade e como o proibicionismo se firmou como política mundial até os dias atuais.

Após percorrido esse debate econômico e histórico, podemos então analisar como se deu a política de drogas no Brasil, sua história e suas influências e como isso impacta a vida dos usuários.

Ressalto a ideia de que o que será apresentado neste trabalho sobre proibicionismo não quer dizer incentivar o uso das substâncias psicoativas, mas sim defender a política antiproibicionista de Redução de Danos trabalhada nos CAPS, como estratégia de saúde pública e instrumento de trabalho de assistentes sociais nessas instituições. No caso do trabalho desses profissionais na saúde mental, é importante entender como o proibicionismo contribui como determinante social do adoecimento do usuário e, assim, desenvolver a prática profissional em consonância com a defesa do bem-estar social, físico e mental do indivíduo

1.1 O uso de psicoativos, o proibicionismo e o caráter econômico das drogas

1.1.1 A droga e seus valores

Os indivíduos possuem uma relação milenar com as substâncias psicoativas, que estavam presentes em muitas sociedades, em ritos culturais e usos diversos, estabelecendo assim uma relação entre o indivíduo e as drogas. Antes de iniciar o debate acerca do proibicionismo, é necessário estabelecer o que se entende por substâncias psicoativas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), drogas são “qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do

organismo” (OMS, 1981). O Ministério da Saúde chama de substâncias psicoativas aquelas que atuam na função cerebral, causando alterações de humor, percepção, comportamento e estado de consciência.

O termo “droga” pode vir a ser derivado do termo holandês *droog* que seriam produtos secos/folhas secas que nos séculos XVI ao XVIII se tratavam de substâncias naturais utilizadas na medicina e na alimentação dos povos e, algumas das vezes, utilizadas para se tratar de tinturarias e também substâncias consumidas por prazer. Ou seja, a palavra “droga”, no período colonial, representava o que atualmente chamamos de especiarias. Contudo, atualmente, há uma distinção bem clara entre os conceitos de droga e alimento, não de forma naturalizada, mas como um recurso de controle político e jurídico além de uma imposição de valores e questões morais em cima do termo.

Há aproximadamente 100 anos, as substâncias psicoativas têm sido divididas em três categorias: as substâncias ilícitas, as lícitas medicinais e as lícitas recreativas. Essa divisão se deu após a proibição de algumas destas substâncias em acordos internacionais por decisões políticas e seriam divididas levando em consideração os danos que estas drogas causam. Contudo, como defende Carneiro (2019), essa divisão seria infundada, uma vez que o álcool, por exemplo, é muito prejudicial à saúde e se enquadra nas substâncias lícitas recreativas e as drogas proibidas são quase todas derivadas de três plantas muito tradicionais em países periféricos ocidentais, que são os derivados da papoula (os opiáceos), as folhas de coca e a *cannabis*. Para o autor, a história das drogas na sociedade é então uma história de regulações, construção de regimes de circulação e de representações culturais e políticas de repressão, incitação ou tolerância. Entender o motivo pelo qual essa política proibicionista se deu de forma rápida e foi tão bem aceita mundialmente é importante para uma melhor compreensão sobre o papel dos Assistentes Sociais com a população de usuários de psicoativos, já que envolve motivos políticos, econômicos, morais e de saúde pública.

É importante destacar o caráter econômico do uso de drogas desde o mercantilismo na modernidade. Foi a partir da expansão das navegações europeias que os produtos de luxo como as especiarias, o café, chás, chocolate, tabaco, ópio e bebidas alcóolicas se espalharam pelo globo criando um novo mercado mundial muito lucrativo. Esse mercado continuou se globalizando e se tornou um motor da modernidade durante a revolução industrial, pois substâncias excitantes passaram a ser muito utilizadas para o desempenho militar nas fábricas e também de estimulação intelectual no meio da cultura burguesa que surgia.

É nessa mesma época do capitalismo industrial que a droga assume um papel de mercadoria, se tornando um objeto-fetichê¹ portador de valores, como o valor de uso², valor de troca³ e valor de signo⁴, se destacando entre o conjunto de bens consumíveis por possuírem uma inflação desses valores. Em relação ao seu valor de uso, as drogas passam por um momento de hipertrofia na época moderna e também contemporânea diante da expansão e fortalecimento do sistema capitalista, devido ao consumo crescente pela sociedade ligado a um fetichismo da mercadoria⁵ melhor explicado adiante com o seu valor de signo. Seu valor de troca também se encontra em hipertrofia, resultado desta demanda crescente do uso citado e como resultado do proibicionismo que gera um mercado ilícito super rentável, pois, segundo Labrousse (2010 *apud* Carneiro, 2019, p. 24) o proibicionismo cria uma esfera especulativa de rentabilização financeira de capitais desregulamentados ao extremo e conectados ao circuito dos tráficos ilícitos em geral.

O produto (no caso as drogas ilícitas) absorve também o custo desta proibição além do seu preço e do custo de sua produção, uma vez que essa ilicitude não permite um controle e regras de regulamentação sobre a mercadoria, resultando em imposição de preços, extorsão e violência. Este preço da proibição mencionado por Carneiro (2019) carrega consigo não só o preço monetário, mas também de custos externos e indiretos como perdas humanas e sociais

¹ A noção de “objeto-fetichê” remete ao conceito de fetichismo da mercadoria, formulado por Karl Marx (*O Capital*, 1867), segundo o qual, no sistema capitalista, as mercadorias passam a ser percebidas como portadoras de valor intrínseco, apagando as relações sociais, os processos históricos que as constituem e o trabalho humano que as produziram. As substâncias psicoativas podem ser compreendidas como objetos-fetichê porque, ao circularem como mercadorias (legais ou ilegais), apresentam seus efeitos como naturais ou essencialmente químicos, enquanto se ocultam estruturas de poder, exploração econômica e controle social que permeiam sua produção, circulação e uso. Assim, o “poder” das drogas é frequentemente tratado como natural ou essencial, quando na verdade é socialmente construído e mediado por relações de mercado, controle e ideologia.

² O valor de uso refere-se à função prática de uma mercadoria, ou seja, diz respeito à sua capacidade de satisfazer uma necessidade humana. Embora seja condição para que a mercadoria tenha valor de troca, o valor de uso, por si só, não define o valor mercantil no sistema capitalista (Marx, 2013).

³ O valor de troca, como o nome diz, corresponde à capacidade de uma mercadoria ser trocada por outra, ou seja, sua quantificação abstrata no mercado. Para Marx (2013), expressa uma relação quantitativa entre mercadorias, mediada pelo trabalho socialmente necessário para produzi-la. Esse valor abstrai a utilidade concreta dos objetos, convertendo-os em equivalentes no mercado. É a base da lógica capitalista, na qual o trabalho humano é transformado em mercadoria.

⁴ O valor de signo refere-se ao valor simbólico e cultural de uma mercadoria - isto é, ao *status*, distinção ou identidade que ela representa em determinado contexto social. O valor de signo não se refere nem à utilidade (valor de uso) nem ao valor de mercado (valor de troca), mas sim ao papel simbólico de uma mercadoria como marcador social e cultural.

⁵ O conceito de fetichismo da mercadoria na teoria marxista descreve o processo pelo qual as mercadorias passam a ser percebidas como se tivessem valor intrínseco, apagando as relações sociais de produção nelas contidas. Essa inversão - que objetos parecem independentes das pessoas que os produzem - constitui uma “mistificação” típica do capitalismo, que transforma produtos do trabalho humano em entidades aparentemente autônomas, dotadas de poder próprio (Marx, 2013).

na guerra às drogas, potencializando a força repressiva do Estado na vida cotidiana do indivíduo.

A proibição confere às drogas também um valor de signo, simbólico, que é a sua capacidade de produção de subjetividade. Para Marx (1985:45 *apud* Carneiro, 2019, p. 26), as mercadorias satisfazem necessidades humanas de qualquer espécie, não importando se sua origem está na fantasia ou no estômago. Toda mercadoria satisfaz necessidades psíquicas, mas essa utilidade é ofuscada diante da satisfação de outras necessidades mais pragmáticas e concretas. Dessa forma, além de suas utilidades, a mercadoria possui um valor psicológico que leva a um fetichismo. As substâncias psicoativas são mercadorias que produzem apenas esse efeito subjetivo.

As drogas satisfazem carências muito diferenciadas (...). Mas o denominador comum que se busca em todas é a sensação difusa do bem-estar. (...) As drogas são as que mais consubstancializaram essa condição de produtos cujo uso exclusivo é a sua consumação no interior do corpo com a finalidade de alterar a consciência de si sobre o próprio corpo. (...) As drogas possuem assim um valor especial, um prestígio particular (...). Valor de produção de subjetividade, valor psicossomático, valor espiritual, valor anímico ou mental” (Carneiro, 2019, p. 28-29).

Ao passo que as drogas satisfazem necessidades ocultas e subjetivas, gerando um valor fantasia que promove a sensação de bem estar, esse valor fantasia também pode ser chamado de um valor ideológico moral. Em algumas sociedades, esse valor se manifestava como algo de valor religioso, sagrado. Atualmente, dependendo da sociedade e da substância, as drogas possuem um valor ideológico de tabu na sociedade, como algo causador de pânico que resulta na guerra às drogas visando um mundo idealizado sem drogas. Ou seja, este valor de signo das substâncias psicoativas se altera de acordo com a época e a sociedade em questão.

Na contemporaneidade, as drogas possuem então o que se chama de hiper-valor de uso, de troca e simbólico. Em síntese, para Carneiro (2019), seu hiper-valor de uso se dá no crescimento do mercado mundial de produtos psicoativos e no seu consumo cada vez mais compulsivo. O seu hiper valor de troca se dá, como já mencionado, pelo advento do proibicionismo que resulta em uma hiperacumulação de capital por conta do mercado clandestino. E, por fim, seu hiper-valor de signo se dá de forma negativa através do bode expiatório que é a figura do traficante, da guerra às drogas, tornando a droga um marcador social de exclusão, identidade e criminalização.

Ferrugem (2019) também reconhece o uso de drogas presente em todas as sociabilidades e que cada cultura em um tempo histórico estabelece relações de uso

diferentes, com substâncias diferentes. Na sociedade capitalista, moldamos nossas relações através do consumo e o consumidor é aquele que estabelece uma relação contínua e cotidiana com as mercadorias. Nesse contexto, as drogas (lícitas ou ilícitas), se inserem como substâncias a serem consumidas, uma vez que possuem a finalidade de apaziguar sofrimentos ou como dispositivo de prazer, e assim algumas pessoas podem estabelecer relações de abuso e prejuízo com as substâncias psicoativas.

Por se tratar de um debate acerca de uma mercadoria, seus valores e uma forma de controle social, para Brites (2017) o proibicionismo é visto como uma ideologia. Utilizando-se de uma análise lukacsiana, Brites afirma que para o filósofo, ideologia é um complexo social que cumpre um papel no processo de reprodução do ser social. Ele (Lukács) parte da afirmação de que a teleologia está presente em toda a práxis em que ela é atividade exclusiva do ser social. Dessa forma, o momento ideal é um ato unitário, pois não existem práxis sem teleologia ou teleologia sem práxis. Ao considerar a práxis, temos aquela em que sua objetivação é o trabalho (transformação da natureza) e a práxis interativa que visa a transformação da teleologia dos outros indivíduos sociais (ética, política e arte). Esse último modelo de práxis, para Lukács, é chamado de teleologia de segunda ordem resulta em complexos sociais, sendo um deles a ideologia.

Partindo da teoria de Marx de que a ideologia tem a finalidade de mediar conflitos das relações sociais, Lukács afirma que o fundamento da ideologia são os conflitos sociais presentes em uma sociedade de classes derivados de antagonismos que, conseqüentemente, geram a necessidade de um complexo social mediador na intenção de interferir sobre os indivíduos e suas escolhas.

A questão principal é, por conseguinte, que o surgimento de tais ideologias pressupõe estruturas sociais, nas quais distintos grupos e interesses antagonísticos atuais e almejam impor esses interesses à sociedade como um todo como um interesse geral. Em síntese, o surgimento e a disseminação de ideologias se manifestam como marca registrada geral das sociedades de classe (Lukács, 2013, p. 472).

A ideologia surge então como uma necessidade de influenciar decisões alternativas dos indivíduos singulares diante de conflitos derivados da estrutura social. Na teoria do autor, sendo verdade ou falsidade, um ponto de vista só se torna ideologia se serve de veículo teórico ou prático para resolver conflitos sociais. Para Brites (2017), a ideologia ainda pode assumir uma função social mesmo que fundamentada em pressupostos irracionais, como o proibicionismo e a “guerra às drogas”.

Inúmeros exemplos, ao longo de toda Idade Média e do capitalismo concorrencial, confirmam que a histórica relação dos indivíduos sociais com os psicoativos é

afetada pela introdução de mecanismos repressivos e punitivos, cujos reais propósitos eram a disputa pelo domínio de culturas, povos e mercados, por parte de imperadores/colonizadores/produtores ou exportadores de matéria-prima que, dada a prioridade material da vida, quase sempre representavam o mesmo grupo de poder. (Brites, 2017, p. 97).

Em suma, para Brites (2017) e Carneiro (2019) além da relação ontológica do ser com essas substâncias⁶, no capitalismo, a droga se torna também um item de consumo, uma mercadoria. Dessa forma, o indivíduo inserido nesse sistema é conduzido pelo desejo constante de consumir e acaba assim estabelecendo relações de abuso e prejuízo com as substâncias psicoativas.

Ao tratar da droga como uma mercadoria ilícita, é importante também pensar que o usuário dessa mercadoria não é um consumidor como qualquer outro, de uma mercadoria comum, mas sim um consumidor inserido na ilegalidade. E a própria mercadoria possui características específicas por conta da circulação neste mercado ilícito. Tem-se um valor elevado, como já mencionado acima, por conta da oferta e procura e as dificuldades impostas pela proibição e a falta de controle na qualidade das substâncias consumidas, que impacta na vida dos/as usuário/as e sua saúde e, conseqüentemente, a saúde pública como um todo. “O modelo proibicionista reforça os riscos dos usuários, pela má qualidade do produto vendido, o que pode acarretar, inclusive, o aumento do número de overdoses, além de outros problemas de saúde nos usuários, e incrementar os custos de atendimento médico”. (Rodrigues, 2006, p. 196).

Mesmo com a proibição, os usuários não se inibem de consumir essas substâncias, o que reafirma a ideia de que a proibição é uma escolha política e econômica para manter esse mercado ilícito lucrativo, livre de impostos e o controle social, através do encarceramento, da população. A ideia de proteção à saúde da população parece ser apenas um pretexto, pois a prevenção é colocada em último plano não se constituindo prioridade das políticas proibicionistas, cujo foco está na repressão.

As Políticas de redução de danos e prevenção só começaram a ser pensadas, por exemplo, após a pandemia de AIDS que atingiu o mundo na década de 1980, quando esses usuários viviam na clandestinidade e os riscos de contágio com o HIV ficaram mais evidentes (Rodrigues, 2006).

⁶ Entende-se aqui que a relação ontológica do ser com as drogas implica que o uso não se restringe apenas à algo externo ou comportamental, mas faz parte da forma como ele existe, se percebe ou se relaciona com o mundo. Pode envolver sentidos existenciais, identitários, culturais ou psicológicos.

Para Rodrigues, os resultados da proibição que vemos até o presente momento não mostra uma redução na produção e no consumo das substâncias ilícitas, mas sim um mercado que se desenvolveu em torno dessa mercadoria e o aumento deste consumo; bem como o aumento da violência, a partir da qual quem mais sofre são aqueles que estão envolvidos com as atividades do “varejo”, ou seja o tráfico “pequeno” nas cidades, nas comunidades e, por fim os usuários. Outro elemento apontado pela autora refere-se a queda da qualidade do que é vendido, prejudicando a maioria dos usuários por questões de saúde. A ideologia proibicionista corrobora para um aumento da criminalidade e da violência e legitima a repressão do Estado, de forma a ajustar as “necessidades de reprodução dos mecanismos de dominação e controle da sociabilidade burguesa, oferecendo a cada contexto particular elementos que justificam sua manutenção”. (Brites, 2017, p.109).

A Guerra às Drogas, resultante da proibição, tem como principal alvo de sua violência a juventude negra. Daniela Ferrugem (2019), em sua pesquisa, traz essa guerra como uma manutenção da hierarquia racial no país e afirma que “são os negros que se encontram em situação de maior vulnerabilidades quando em uso de drogas” pois o uso não se dá em condições iguais para todos, havendo uma desigualdade na exposição dos riscos do uso. “Ou seja, as pessoas mais pobres, especialmente os negros, estão mais expostos aos riscos de um consumo de drogas, seja pelas condições de vidas e pelo não acesso a políticas públicas, seja pelo potencial risco da violência e do encarceramento” (Ferrugem, 2019, p. 32).

O que a autora quer dizer é que, o uso de drogas está presente em todos estratos da sociedade e seu alcance atinge a todos da mesma maneira, mas a classe social e a raça, são determinantes para um maior ou menor risco do uso e para o julgamento do indivíduo, por exemplo: se o sujeito é de classe média e branco, é chamado de usuário; já se é negro e pobre, é denominado de traficante. A pobreza ou cor da pele não é determinante para um uso maior de drogas, mas expõe os jovens negros aos seus riscos, pois estão mais expostos á violência da guerra as drogas, seja pelas operações policiais, pelo encarceramento ou pela violência na disputa de territórios pelo tráfico.

Ao tornar as substâncias psicoativas em mercadoria, sendo mediadas pela lógica mercantil e submetendo-as à lógica do modo de produção capitalista, o proibicionismo mascara as reais determinações que incidem sobre a relação dessas substâncias com os indivíduos. Além disso,

Sua realização [proibicionismo] se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos

conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. (Fiore, 2012, p.1).

Dessa forma, o consumo de psicoativos no cotidiano se torna alvo de intervenções de controle, de tratamento compulsório, de repressão e punição. Pode-se considerar a ideologia do proibicionismo como uma junção entre racismo, xenofobia, moralismo e interesses do capital, uma vez que as drogas sempre foram ligadas a grupos sociais e minorias - faremos uma breve análise desta política no Brasil desde a colônia - fato que ainda hoje ocorre, uma vez que a população jovem e negra é a que mais sofre repressão e violência na guerra às drogas.

Os elementos acima citados a respeito da consolidação do proibicionismo e o modo como a sociedade lida com os conflitos associados ao consumo de drogas, auxilia na compreensão do porquê o proibicionismo é considerado uma ideologia. Segundo Lukács, ideologia constitui-se como uma forma de falsa consciência, na medida em que oculta as relações sociais subjacentes e apresenta determinados fenômenos como naturais e inevitáveis. Sob essa ótica, o proibicionismo em relação às drogas configura-se como uma ideologia, uma vez que naturaliza o consumo de substâncias como um mal que deve ser combatido, ignorando o fato de que os problemas sociais associados à ele - como marginalização, violência e encarceramento - decorrem, em grande medida, das próprias políticas proibicionistas. Ao consolidar a percepção de que a repressão é a única resposta possível e ao mascarar interesses políticos e econômicos específicos, o proibicionismo perpetua uma falsa consciência coletiva acerca da realidade social do uso de drogas.

Partindo dessa compreensão sobre a ideologia do proibicionismo, é possível fazer uma relação com a categoria de decadência ideológica da burguesia, defendida por Lukács:

A ideologia do proibicionismo também encontra correspondência com o exercício ideológico decadente quando, em aberto confronto com o sistema de necessidades socialmente produzidas, que determina as particularidades históricas de relação dos indivíduos sociais com as substâncias psicoativas, insiste em afirmar, de modo irracional, a possibilidade de um “mundo sem drogas”. (...) Ou seja, opera, na perspectiva de dominação burguesa, uma falsificação sobre a realidade produzida pelo próprio modo de produção capitalista, já que a inflexão no consumo de psicoativos resulta da incorporação dessas substâncias pela produção mercantil. (Brites, 2017, p.133 - 114).

Desse modo, a ideologia do proibicionismo funciona como resposta para a manutenção da ordem capitalista, agindo diretamente na esfera econômica, política e cultural. “A proibição de algumas substâncias em detrimento de outras são escolhas políticas, muito mais ancoradas em preceitos e estatutos morais e econômicos do que farmacológicos”

(Ferrugem, 2019, p.26). Em uma sociedade de classes, o sucesso ou o fracasso dessa ideologia só pode ser pautado levando em consideração a perspectiva de classe. Ela fracassa quando se considera a procura e produção de psicoativos ilícitos, mas vigora se for levada em consideração a “guerra às drogas”, o controle, a opressão e o extermínio de um segmento social indesejável à ordem do capital - em sua maioria a população periférica e preta -, atendendo aos interesses econômicos e políticos do segmento social antagônico. “Portanto, como exercício decadente da ideologia, o proibicionismo não fracassou, embora seja preciso admitir seu fracasso pela impossibilidade ideológica de assumir seus reais objetivos.” (Brites, 2017, p.115).

Ao considerar todos esses fatores da ideologia do proibicionismo e como ela influi na sociedade de classes, é possível pensar em como ela afeta o cotidiano dos indivíduos que serão atendidos pelo serviço social e quais as possibilidades de trabalho para a/o profissional de serviço social.

1.1.2 Os primeiros proibicionismos internacionais

Para falar do proibicionismo no Brasil, é preciso primeiro fazer menção ao que chamamos de revolução psicoativa e aos primeiros proibicionismos da época moderna na Europa, uma vez que os ideais europeus moldaram grande parte do início da história brasileira num todo, principalmente por conta da colonização europeia. Como nos coloca Carneiro (2019, p.41) “a história das drogas é, em boa parte, a história de suas regulações e regulamentações”. Nas sociedades pré-modernas no globo, o uso de substâncias psicoativas tinham um caráter sagrado e cultural e algumas consequentes proibições e regulamentações eram justamente de caráter religioso. Na chegada da era moderna, com a construção de um mercantilismo mundial, onde o lucro comercial era obtido pelo tráfico de produtos pelas navegações europeias, drogas regionais se tornaram acessíveis internacionalmente e sete delas se destacaram nesse período, sendo elas o açúcar, o café, o cacau, o tabaco, os chás, o álcool destilado e o ópio. Courtwright (2002) denominou então de revolução psicoativa esse fenômeno da mundialização de alguns psicoativos na época dessas trocas comerciais e culturais das grandes navegações.

Esses produtos fizeram grande sucesso e se tornaram artigos ora de luxo, ora de uso medicinais até a sua popularização global. Contudo, foi a partir disso que algumas destas

substâncias passaram a ser proibidas e reguladas em alguns locais, sendo o tabaco o primeiro que sofreu restrições, mas também o ópio, o álcool, chás e o café.

O primeiro proibicionismo moderno foi, como mencionado, do tabaco, levado da América para a Europa por volta do século XVII. Este era usado de forma subalterna por marinheiros e a população mais pobre, e outro uso mais sofisticado feito pelos nobres e pela igreja católica. Em 1620, a Inglaterra proibiu o plantio do tabaco, o que fez com que as colônias americanas da Virgínia tivessem no tabaco uma de suas principais atividades econômicas e a mais importante exportação, de forma que o tabaco passou a servir de moeda de troca nas colônias inglesas na América. Algumas regiões alemãs também proibiram o tabaco por volta do século XVII, com punições que iam da deportação do indivíduo até a pena de morte. Na Prússia, o tabaco e o café eram proibidos aos pobres e um privilégio aos nobres e ao clero.

O café, a partir da segunda metade do século XVII, também se tornou alvo de tentativas de proibições devido ao seu poder de promover sociabilidade através das reuniões que aconteciam junto ao seu consumo. Acreditava-se que o café era adequado para os intelectuais, o clero e os comerciantes, tornando-se uma bebida da burguesia do século XVIII.

Já o álcool destilado era umas das drogas que mais fazia sucesso no começo da era moderna. Inicialmente sua produção era monopolizada pela Rússia, mas com as guerras seu consumo se intensificou e se expandiu. A sua produção nesse período foi um dos fatores que ajudou a Europa economicamente após epidemias e guerras. As bebidas alcoólicas desempenham importante papel na sociabilidade do homem e carregam consigo os valores tanto materiais quanto simbólicos. Antes do século XVII na Europa, as bebidas fermentadas eram fundamentais na alimentação dos povos e chegavam a ser vistas como remédio, alimento e substitutivas à água que não era potável.

O uso abusivo do álcool era então considerado como algo moral, de falha de caráter. Esse pensamento começou a mudar no início da época moderna, quando esse abuso passou a ser visto como algo patológico. O discurso da medicina que antes recomendava o uso de álcool como remédio, passou a reprimir esse hábito, juntamente com uma ofensiva religiosa que passou a condenar moralmente esse abuso.

A França foi um dos primeiros países a desenvolver uma política antialcoolista. Este proibicionismo veio como uma política higienista e de controle social da população. “Mais do que como uma teoria médica científica, o campo da alcoologia se estabeleceu como uma biopolítica, uma política moral de ‘engenharia social’” (Carneiro, 2019, p.137). As políticas

públicas relativas ao uso de bebidas alcoólicas se deram como forma de controle social, uma vez que era uma relação unilateral do Estado coercitivo e manipulador e uma passividade da população em ser moldada.

Outro proibicionismo estrangeiro que marcou o século XVIII foi a proibição do ópio na China. Na Europa o uso do ópio não sofreu restrições e era muito utilizado como medicamento, assim como seu uso terapêutico na China. Contudo, a chegada do tabaco no país asiático trazido pelos europeus, fez com que indivíduos passassem também a fumar o ópio a partir do início do século XVIII. Dessa forma, em 1729, a dinastia Qing proibiu o uso não medicinal do ópio, mas essa interdição nada tinha a ver com uma questão de saúde e sim a busca por um “reino puritano”. Essa proibição fez com que o mercado clandestino estrangeiro de ópio crescesse e melhorasse a qualidade da substância e a Inglaterra se tornou o país que estabeleceu um monopólio sobre essa produção, deixando em segundo plano o monopólio da Índia no comércio chinês. A alta taxa de importação de ópio na China fez com que a balança comercial com a Europa, que até então era deficitária por conta da alta taxa de exportação de chás para os países europeus, fosse revertida.

Em um panorama geral, o comércio entre China, Inglaterra e Índia era um dos mais importantes no sistema colonial do mundo na época, baseado na exportação dos chás e importação do ópio que, mesmo após as chamadas “guerras do ópio”, continuou proibido na China e, portanto, continuou tendo um alto valor tanto econômico quanto material. Em 1894-95 começa-se uma maior repressão ao uso tradicional do ópio, que passa a ser substituído pela morfina. Essa substituição acarreta um agravamento nos casos de uso abusivo da droga e aqueles que usavam passaram a ser presos, internados à força ou mortos - mais de um milhão de supostos usuários foram presos na década de 1930, o que se pode considerar como a primeira manifestação de uma “guerra às drogas” como controle social.

No início do século XX, com o apoio de britânicos e norte-americanos, aconteceu a Conferência de Xangai em 1909 e o Tratado de Haia de 1912, ambos visando a supressão do uso de ópio e seus derivados através de leis de controle da sua produção e distribuição. Podemos dizer então que a partir deste momento é que ocorre o surgimento de uma política proibicionista mundial, que influencia todo o mundo e conseqüentemente o Brasil. “A importância da Conferência de Xangai está na criação de um esboço de um sistema de cooperação internacional em assuntos de droga, que inspirou a primeira convenção sobre ópio de 1912, e inaugurou a prática de encontros diplomáticos para o controle de drogas psicoativas, motivados pelo ímpeto proibicionista norte-americano” (Rodrigues, 2006, p. 38).

Na Convenção de Haia, incentivada também pelos EUA, tem-se a elaboração em definitivo de um documento que limitava a produção do ópio e dos opiáceos e também - pela primeira vez - a cocaína, devido à notoriedade que seu uso havia ganhado na época nas sociedades americanas e europeias. Em 1925 foi assinada a 2ª Convenção Internacional sobre o Ópio que determinava que os governos das nações fizessem uma estatística anual da produção e consumo das substâncias psicoativas, de forma a criar um sistema de monitoramento a nível internacional. Em 1939 entra em vigor o que foi debatido na 2ª Convenção de Genebra que é a supressão do tráfico dessas substâncias ilícitas, ou seja, foram efetivadas as medidas de punição para os traficantes e a extradição por crimes de tráfico.

Foi estabelecido assim um controle das substâncias narcóticas mundialmente que, gradualmente, foi se estendendo aos derivados da coca e dos tipos de *cannabis sativa* (maconha). Esses acordos e essas políticas de âmbito mundial, foram assim usadas em cada país nas suas legislações nacionais, como é o caso do Brasil. Em 1945, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), o controle internacional de drogas se firmou e segue vigente até hoje após três convenções importantes.

Na primeira Convenção, com o tema “Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961”, foi reforçado o controle sobre o ópio, a coca e a *cannabis*, proibindo qualquer uso que não fosse o medicinal da *cannabis*. Também foi estabelecido que era de responsabilidade de cada nação incorporar as medidas legislativas nacionais e o seu devido cumprimento, ou seja, o início de uma militarização da segurança pública, tendo a repressão como controle policial sobre as drogas.

Nesse momento nota-se a radicalização do controle internacional de drogas, que passou a buscar a total erradicação do consumo e da produção de determinadas substâncias, inclusive algumas que eram consumidas há milênios por tribos nativas da América Latina, como é o caso de folha de coca no Peru e na Bolívia. Pretendia-se impor uma valoração negativa sobre uma cultura ancestral, sem levar em consideração a diversidade cultural dos povos. (Rodrigues, 2006, p.40).

Em 1972 houve mudanças significativas na segunda convenção realizada pela ONU que foi a “Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1972”. A primeira delas foi a adição de outras substâncias na lista de proibidas, que antes abordava apenas as narcóticas. As substâncias psicotrópicas passaram a ser proibidas e controladas (entrando em vigor em 1976), sendo elas os estimulantes, anfetaminas, LSD, sedativos-hipnóticos e os tranquilizantes, alegando os efeitos nocivos que elas também tinham. A segunda grande mudança - e a que julgaria ser a mais importante para este trabalho - foi um protocolo

assinado que mencionava a necessidade de providenciar o acesso a tratamentos e reabilitação juntamente à pena dos crimes envolvendo adictos.

A terceira convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas aconteceu em 1988, é ela que ainda está em vigor e foi promulgada no Brasil em 1991. Não cabe ao assunto aqui tratado entrar detalhadamente nos tópicos jurídicos que ficaram determinados por essa última convenção, mas em suma, houve um aumento do poder repressivo às atividades ligadas ao tráfico das substâncias ilícitas e também ao uso dessas substâncias. Ficou determinado que além da prisão, também houvesse o confisco de quaisquer bens relacionados a este mercado ilícito. “Trata-se de uma convenção quase exclusivamente voltada para a repressão, com o propósito confesso de aperfeiçoar os instrumentos repressivos existentes e introduzir novos, e contemplar âmbitos até então descuidados.” (Rodrigues, 2006, p. 42).

O ponto de questionamento desta terceira convenção foi o de que a posse para fins exclusivamente de consumo também passou a ser criminalizada e sofrer grandes repressões, como o risco de prisão, o que para muitos engajados no debate era uma medida questionável do ponto de vista constitucional. A partir disso, muitos países signatários desta convenção ao longo dos anos começaram a debater e adotar medidas de descriminalização e despenalização do usuário - no Brasil aconteceu recentemente o debate sobre a descriminalização do porte de maconha para uso pessoal e em 26 de junho de 2024 ficou determinado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que o porte pessoal de até 40 gramas de maconha não constitui crime, mas ainda permanece como uma conduta ilícita passível de advertências, sanções e programas socioeducativos.

Em junho de 1998, em uma Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU (UNGASS), que foi destinada ao debate da questão das drogas 10 anos depois da Convenção de 1988, a política proibicionista mundial ainda foi defendida e mantida, mas pela primeira vez ocorreu o debate acerca da política de redução de danos. Influenciada por países europeus a redução de danos foi incorporada à política de drogas da ONU.

Para Rodrigues (2006), países em desenvolvimento - assim como é o caso do Brasil - continuam seguindo a política proibicionista em razão da influência das grandes potências norte-americanas, por medo de sofrer sanções econômicas. Por isso, caminhamos a passos lentos para o debate antiproibicionista e a redução de danos. A autora também questiona a política de internacional e destaca a necessidade de levar em consideração fatores sociais, étnicos, econômicos e culturais ao invés de manter uma política repressiva uniforme e

universal que não tem atingido o objetivo a que se propôs: o fim do tráfico e do consumo de drogas.

1.1.3 As consequências do proibicionismo na Política Nacional sobre Drogas

A Política Nacional de Drogas no Brasil foi influenciada e moldada conforme as Convenções das Nações Unidas, uma vez que o país é signatário desses acordos internacionais, se comprometendo a combater o tráfico de drogas e o consumo das substâncias psicoativas⁷. Por este motivo, se firmou no país uma política mais proibicionista e repressiva do que preventiva, já que as Convenções foram norteadas pela ideologia norte-americana, que é diferente do que já é adotado em países da Europa Ocidental.

Mascarando fatores políticos e econômicos dessas proibições, a criminalização da comercialização e do uso das substâncias psicoativas está relacionada à atividade médica no Brasil e o que chamamos de políticas públicas de saúde. A área da psiquiatria considerava o alcoolismo⁸ e uso abusivo de narcóticos uma ameaça à ordem pública e um atraso social.

No Império, em 1830, não existia nenhuma lei que tratasse da comercialização ou uso de entorpecentes. No Primeiro Código Penal Republicano em 1890, a venda ou uso dessas substâncias sem autorização passou a ser punida com multas. Foi a partir de 1914 que a “onda de toxicomania” - como ficou conhecida a intensificação do uso de cocaína e ópio (classes mais altas) e maconha (classes mais baixas) - foi reconhecida no Brasil e surgiram penas mais duras, como a prisão. Nesta mesma época, fora do país, acontecia a Convenção de Haia sobre o Ópio que foi promulgada no país em 1915 e ficou decretado oficialmente por lei que a aquele que vendesse ou ministrasse sem autorização ópio, cocaína e seus derivados, teriam pena de prisão de 1 a 4 anos. Concomitantemente nos Estados Unidos acontecia a Lei Seca (1919-1933), o que influenciou fortemente as autoridades brasileiras a reforçarem o controle social sobre o uso de álcool e outras drogas no Brasil.

⁷ Atualmente, o álcool entrou na lista de substâncias lícitas no país, mas seu uso abusivo é prejudicial e o transtorno por uso de álcool (TUA) é reconhecido como uma doença crônica, progressiva e multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Por esse motivo, o TUA pode - e deve - ser tratado nos CAPSad.

⁸ O termo “alcoolismo” tem sido substituído pela expressão “Transtorno por uso de álcool (TUA)” por ser considerado muito estigmatizante, assim como o termo “alcoólatra”, que alguns profissionais têm substituído por “alcoologista” ou, em uma abordagem mais humanizada, “pessoas com transtorno por uso de álcool”.

Na década de 1930, quando Getúlio Vargas assumiu o poder no Governo Provisório, houve uma mudança nas leis penais em relação às drogas que se fizeram mais repressivas pois não se via resultados para o problema das drogas até aquele momento. As mudanças que ocorreram no decreto que se tornou vigente na época (Decreto 20.930/32⁹) foram influenciadas do ponto de vista da saúde por médicos, visando um aumento do controle sanitarista e higienista da população. Os adictos eram tratados como doentes, sendo submetidos à política higienista da época, de modo que eles não poderiam ser tratados em casa, sendo submetidos à internação facultativa ou obrigatória a pedido do doente ou família. Assim, ficou determinado que a pena dos infratores toxicômanos poderia ser substituída pela internação hospitalar.

Em 1933 o Brasil ratificou o que foi determinado pela Segunda Convenção sobre o Ópio e a 1ª Convenção de Genebra na Constituição de 1934. Com o golpe de Estado de 1937, com uma ditadura estabelecida no país e um endurecimento nas leis, a “Lei de Fiscalização de Entorpecentes” (Decreto -lei nº 89/38), sob a influência da 2ª Convenção de Genebra (1936), onde ficou determinado maiores restrições à produção e ao tráfico das substâncias e as regras de internação e interdição civil dos adictos.

Mais adiante, em 1940, tivemos a formulação do Código Penal de 1940. Nesse período houve a discussão sobre a responsabilização do consumidor/usuário da droga. A visão médica do adicto nessa época prevaleceu, de forma que o uso foi descriminalizado e o “viciado” considerado um doente que precisava de tratamento e não de prisão.

Não houve mudanças nas legislações de drogas até a chegada do Golpe Militar de 1964, uma vez que nessa época os direitos humanos e garantias individuais estavam em cheque. O golpe coincidiu com a promulgação da Convenção Única de Entorpecentes de 1961 pelo Decreto nº 54.216 de 64, “o que significou o ingresso definitivo do Brasil no cenário internacional de combate às drogas e de intensificação da repressão” (Rodrigues, 2006, p.142). Ainda com uma maior repressão, o debate sobre drogas ainda tinha um duplo caráter: médico-jurídico. O usuário das substâncias ainda era lido como o doente e o traficante como o criminoso.

Contudo, o Golpe foi se intensificando e, com a promulgação do AI-5 (Ato Inconstitucional nº 5), o Decreto-lei 385 de 68, criminaliza o uso e igualou o usuário com o traficante, ambos com penas de 1 a 5 anos de prisão, ignorando a situação do dependente.

⁹ O detalhamento jurídico do decreto não se faz necessário nesta pesquisa.

Atribui-se esse momento de mudança de orientação da política criminal de drogas no Brasil como mais um exagero do Regime Militar que, no auge da repressão política, preocupava-se com a oposição sistemática aos militantes de esquerda. Essa absurda legislação que equiparou o usuário ao traficante era mais uma tentativa de aumentar o controle social sobre a população que contestava o regime, por meio do aumento da repressão ao consumo de drogas. (Rodrigues, 2006, p.145).

Nos anos finais da década de 1970, o Brasil passa a ter a Lei de Tóxicos de 1976, que substitui a legislação de 1971, e um de seus pressupostos é que, de acordo com Rodrigues (2006), “o uso e o tráfico de substâncias entorpecentes devem ser combatidos mediante prevenção e repressão e representam um perigo abstrato para a saúde pública”. Dessa forma, a Lei de Tóxicos de 1976 estabelece o tratamento obrigatório como pena ou até mesmo podendo ser obrigatório mesmo em caso de não cometimento de crime, caso a família queira. Tal modelo de “prevenção” na verdade reforçava um autoritarismo e repressão contra o usuário, tratando-o como uma pessoa sem vontade própria ou um doente incapaz de decidir por si. Na lei, a dependência química foi tratada como um tipo de doença mental, dessa forma, se reconhecida a dependência do usuário, ocorre o que chama-se de “inimputabilidade” e o indivíduo é isento da pena mediante tratamento da dependência¹⁰, enquanto que a “semi-dependência”, leva à redução da pena. Em 1977, foi promulgada a Convenção das Nações Unidas sobre Drogas Psicotrópicas de 1971, que reforçou a Lei de Tóxicos, uma vez que impunha aos países signatários a punição os delitos de tóxicos por prisão ou pena de tratamento mesmo que forçado¹¹.

A legislação sobre drogas só passou por mudanças, novamente, nos anos 2000. Em 2002 a Lei Federal 10.409 que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências foi promulgada e, posteriormente, revogada em 2006 pela a Lei Federal 11.343 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não

¹⁰ Art. 19 da Lei n. 6.368/76: “É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica proveniente de caso fortuito ou de força maior era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito da conduta ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

¹¹ Dispõe o artigo 22, I, b da Convenção da ONU de 1971 que: “quando dependentes de substâncias psicotrópicas houverem cometido tais delitos, as partes poderão tomar providências para que, como uma alternativa à condenação, pena ou como complemento à pena, tais dependentes sejam submetidos a medidas de tratamento, pós-tratamento, educação, reabilitação e reintegração social, em conformidade com o parágrafo 1 do artigo 20”.

autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, atualmente em vigor.

As leis de drogas, desde seu surgimento, até o momento foram marcadas pelo proibicionismo como forma de regulação social, controle e repressão. Com o tempo foram incorporadas recomendações da ONU e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na atual lei (11.343/2006) começa a ocorrer a despenalização do porte para o uso próprio, mas um aumento na pena do tráfico.

Esse abrandamento da repressão ao uso de drogas ocorreu de forma gradativa e em consequência da redemocratização do Brasil nos anos de 1980 e os debates da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Iniciou-se com o debate de direitos humanos e da saúde coletiva, como já mencionado, diante da redemocratização e a crítica ao controle social altamente repressivo que vinha sendo feito pelo Estado e a epidemia do HIV. Consecutivamente, em 1989 tem-se a política de redução de danos como estratégia de enfrentamento da epidemia, nos anos de 1990 se concretiza o Sistema Único de Saúde (SUS), e em 2001 as políticas que fundamentam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com o governo Temer (2016) o país passou por uma série de retrocessos no que tange aos direitos trabalhistas, à saúde, à seguridade social e à educação, afetando as Políticas Sociais e o campo dos direitos humanos que passou a sofrer ataques repressivos. Nesta mesma época, diante dessas reformas, houve uma crescente da extrema direita que culminou no governo Bolsonaro (2019-2022). Certamente que diante desse cenário, o debate sobre drogas sofreu consequências, principalmente de cunho moralista. A Guerra às Drogas se intensificou, a violência policial e o encarceramento em massa aumentou e, em relação aos indivíduos que fazem o uso abusivo das substâncias psicoativas, a dependência se tornou alvo de preconceitos, da arquitetura hostil e da ideia de institucionalização do sujeito. Para Brites (2017), esse quadro reforçou o antagonismo entre a ideologia do proibicionismo (e sua ineficácia ao combate às drogas) e a perspectiva da Saúde Coletiva, que também não tem suas necessidades totalmente atendidas.

Desse modo, como procuramos demonstrar nas análises sobre o exercício decadente da ideologia do proibicionismo, as *evidências científicas do campo da saúde* utilizadas para justificar as *alegadas necessidades de repressão* são isoladas do sistema de necessidades socialmente produzidas e servem, em realidade, para legitimar projetos de poder, de controle e dominação. A convivência inconciliável entre o proibicionismo e a perspectiva de Saúde Coletiva, afirmada pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica em nosso meio, assume contornos dramáticos no contexto da hegemonia neoliberal e de suas inúmeras contrarreformas, muitas ainda em curso, no âmbito das Políticas Públicas. (Brites, 2017, p. 137-138).

Atualmente, a Política Pública sobre Drogas no Brasil é resultado de três instrumentos normativos: a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004); a Política Nacional sobre Drogas elaborada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça (BRASIL, 2005); e a Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Contudo, após o impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff e governo Michel Temer e, de forma mais acentuada, durante o governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro, houveram mudanças regressivas e conservadoras nas diretrizes da política de drogas, que marcaram um afastamento dos princípios da Reforma Psiquiátrica, da atenção psicossocial e da lógica da redução de danos, tópicos que serão tratados nos próximos itens deste trabalho.

O Decreto nº 9.761/2019 redefiniu a Política Nacional sobre Drogas sob forte viés proibicionista, priorizando abordagens baseadas na abstinência e no financiamento de comunidades terapêuticas — muitas das quais são alvo de denúncias por violações de direitos humanos e práticas religiosas coercitivas. Já a Lei nº 13.840/2019 modificou a Lei de Drogas para permitir internações involuntárias sem necessidade de autorização judicial, o que representa um retrocesso em relação ao cuidado em liberdade e à centralidade do sujeito no processo terapêutico (BRASIL, 2019). Tais alterações têm sido amplamente criticadas por pesquisadores, conselhos de classe e movimentos sociais por reafirmar o controle social da pobreza, criminalizar o uso de drogas e ampliarem a lógica manicomial sob nova roupagem.

Em suma, as medidas e legislações implementadas no Brasil desde o império, foram implementadas na perspectiva de controle social e penal com o fortalecimento do proibicionismo e a guerra às drogas, utilizando-se de um discurso médico higienista. A contradição se encontra no fato que, por um lado, há um aprimoramento da militarização na guerra contra as drogas e, por outro, tem-se o sucateamento da saúde pública - como da Rede de Atenção Psicossocial e dos dispositivos que integram a assistência à saúde de usuários de psicoativos - marcada pelo retrocesso das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas em decorrência do avanço da extrema direita e também da ascensão das comunidades terapêuticas. Estas comunidades atuam na “assistência” a usuários de psicoativos institucionalizando e segregando-os, tendo como base e condição para o “tratamento” a exigência da abstinência, a imposição da laborterapia e em muitos casos a submissão a cultos

religiosos, que desrespeitam a liberdade religiosa. Assim, o proibicionismo presente na política de drogas brasileira viola direitos, principalmente de uma juventude negra e periférica e da classe trabalhadora.

1.2 Uso de psicoativos e o cuidado na saúde mental

1.2.1 A Política de Redução de Danos

Conforme tratamento dado ao tema no item anterior, o proibicionismo influencia as políticas de drogas ao redor do globo desde o surgimento do debate acerca do uso das substâncias psicoativas pelas sociedades. De cunho moralista e baseando-se também a um discurso médico, as convenções da ONU trouxeram proposições pautadas no discurso repressivo e criminalizante do uso de drogas, visando um “mundo sem drogas” - ignorando a existência milenar do uso de substâncias psicoativas pelas sociedades. Como país signatário dessas proposições, a política de drogas no Brasil tem sua base na ideologia do proibicionismo e no combate total às drogas. Assim, do ponto de vista da criminalização, vemos cada vez mais uma resposta repressiva e de combate militar ao tráfico, o que chamamos de “guerra às drogas”.

Em relação ao consumo, o discurso médico tomou a frente das políticas públicas referentes ao uso de drogas com o discurso “doença-cura”. Por anos, a ideia de tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas era excludente, segregador e pautado na abstinência. Influenciado por países europeus, que foram os primeiros a começarem a questionar as políticas de repressão da ONU, surgiu no Brasil o debate acerca da Redução de Danos, que chegou a ser implementado no país mas, diante da onda conservadora enfrentada na última década, o tratamento assentado na estratégia da abstinência e com viés manicomial tem ganhado força através da ascensão das comunidades terapêuticas.

Espíndola (2010), aponta que na Europa, a partir da década de 1970, foi onde começou a surgir um cuidado social e clínico ao usuário de substâncias psicoativas¹², indo no sentido contrário ao apelo fundamentalmente repressivo das proposições da ONU. A Lei Holandesa do Ópio dividiu as substâncias em duas categorias de acordo com o risco que elas ofereciam - “menor risco” e “risco aceitável” - buscando amenizar a violência causada pelo tráfico e o alto

¹² Outras pesquisas apontam que a Redução de Danos teve início na Inglaterra em 1926, quando um médico passou a prescrever heroína com o intuito de controlar os sintomas da crise de abstinência em dependentes. A prática obteve resultados positivos, porém foi interrompida por conta da Segunda Guerra Mundial e não houve mais estudos sobre o caso (Sodelli, 2015, p.131).

índice de infecção - pelo vírus da AIDS e Hepatite C - entre os usuários de drogas injetáveis. Em 1984, também na Holanda, foi implementado o primeiro programa de troca de seringas, a terapias de substituição de drogas e a capacitação de profissionais para a área. Este foi considerado o início do que chamamos hoje de políticas de Redução de Danos (RD).

A partir da década de 1980, outros países - até mesmo aqueles signatários dos acordos repressores propostos pela ONU - passaram a incorporar políticas de estratégias visando o cuidado com o usuário de substâncias psicoativas, uma vez que o uso trazia riscos maiores de saúde como overdoses, infecções, contágio de doenças, acidentes e etc. Em 1999, por exemplo, como política de Redução de danos, Portugal descriminalizou o consumo de drogas e obteve sucesso na resposta dessa política, se tornando atualmente um exemplo para outros países.

Trata-se de uma experiência de sucesso, entretanto, a descriminalização foi apenas um passo desse processo. Os resultados positivos observados em Portugal nos últimos anos dizem respeito ao investimento no tratamento, prevenção intensa, redução de danos ao uso indevido de drogas, inserção social e dissuasão. Todos esses mecanismos passaram a ter maior sucesso depois da legalização do consumo das drogas no país, uma vez que os usuários tiveram um maior acesso à informação, uso protegido, tratamento e ainda, por causa do intenso trabalho de sensibilização social para a questão da dependência, deram um importante passo para a mudança de paradigma no tocante ao usuário de psicoativos. (Goulão *apud* Espindola, 2010, p. 73-74).

O exemplo dos países europeus influenciou e influencia parte da atual política nacional sobre drogas. Como a legalização das drogas ainda é um debate muito distante e utópico no Brasil, a prevenção do consumo abusivo de substâncias psicoativas se torna uma das principais formas de enfrentamento à problemática das drogas.

Diversos estudiosos e pesquisadores das ciências sociais, políticas públicas e da saúde mental defendem a ideia de que o uso de drogas está relacionado ao sofrimento psíquico, angústia subjetiva e condições sociais adversas. Paulo Amarante¹³ defende a ideia de que o uso de substâncias psicoativas precisa ser entendido no contexto do sofrimento psíquico e das desigualdades sociais, não só como algo de cunho moral ou criminal.

Na perspectiva crítica do Serviço Social, o uso de substâncias psicoativas deve ser compreendido como uma das várias expressões da questão social e do sofrimento psíquico resultantes da exclusão, ou seja, não como um problema moral ou criminal mas como

¹³ Intelectual brasileiro na área de saúde mental - psiquiatra, doutor em saúde pública, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e professor de Pós-Graduação em Saúde Mental da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), foi um principais nomes durante a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

manifestação de desigualdades sociais e de processos de exclusão, exigindo intervenções que promovam direitos, inclusão e proteção social. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em um caderno lançado na série “Assistente social no combate ao preconceito”, que fala sobre o estigma do uso de drogas, afirma que o uso de substâncias psicoativas responde a necessidades sociais, é uma prática social profundamente alterada pela lógica mercantil e alienante da sociedade capitalista madura. Brites (2015, p. 45) reforça a ideia ao colocar que “o consumo de substâncias psicoativas deve ser compreendido como parte de processos sociais mais amplos, e não como uma questão meramente individual ou médica. O sofrimento dos sujeitos está relacionado à exclusão social, à violência institucional e à precarização da vida.”.

Diante desta crítica defendida pela categoria, é possível considerar o uso de drogas como um conjunto de três fatores - a droga, o indivíduo e o meio social - e que ele está entre uma das possibilidades de alterar a consciência e diminuir o sofrimento e a angústia existencial, é possível compreender melhor a política de Redução de Danos (RD). O conceito de RD está alinhado ao de prevenção e cuidados com o usuário levando em consideração esses fatores que levam ao uso de psicoativos e também considerando que as sociedades sempre utilizaram essas substâncias, por motivos diversos, e seguirão utilizando.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a redução de danos corresponde a medidas com objetivo de prevenir ou reduzir as consequências negativas à saúde, associadas a comportamentos de risco como o uso indevido de drogas. Neste sentido, a prática de RD não significa necessariamente a redução de oferta de substâncias, mas buscar alternativas para o uso protegido ou menos danoso para o usuário, admitindo a impossibilidade de um mundo “livre de drogas”. Dentro desta perspectiva, compreende-se e aceita-se que existem usuários que não podem, não conseguem ou não querem parar o uso. (CEBRID¹⁴, 2005 *apud* Espíndola, 2010, p. 2010).

A adoção da prática de RD no Brasil teve início na década de 1980, diante da pandemia de HIV e aumento no número de infecções de Hepatite C, principalmente dentro do grupo dos usuários de drogas injetáveis. Como mencionado anteriormente, a forma repressiva e criminalizadora que o país lidava com a questão das drogas, vinha se mostrando ineficiente pois não apresentava resultados na diminuição no consumo de álcool e outras drogas pela população brasileira. Dessa forma, diante a experiência positiva de países europeus que romperam com a abordagem jurídico-repressiva das drogas, a partir da década de 1990, foram criados programas e projetos por meio de associações como a Associação Brasileira dos

¹⁴ Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID.

Redutores de Danos (ABORDA), Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e Rede Latina Americana de Redução de Danos (RELARD).

Em 1993, surgiram programas de redução de danos que realizavam a troca de seringas usadas pelos usuários de drogas injetáveis por novas e a cidade de Santos foi pioneira em adotar esta política pública. Em 1995, em Salvador, a Universidade Federal da Bahia (UFBA) aderiu ao Programa de Redução de Danos, distribuindo insumos utilizados para o uso seguro de drogas injetáveis. Em 1997, a cidade de Santos implementou o trabalho de campo com agentes redutores de danos e agentes de saúde, mapeando os locais de consumos e fazendo intervenções nessas localidades. Ressaltando mais uma vez o objetivo de reduzir a disseminação do vírus HIV e da Hepatite C entre a população.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Atenção Integral à Usuários de Álcool e Outras Drogas no âmbito do SUS que admitia a RD como estratégia de tratamento nos serviços que atendiam a população usuária, de forma que a abstinência não seria mais a única forma de tratamento. A abstinência é a interrupção voluntária ou forçada do uso prolongado ou abusivo de substâncias psicoativas, e essa interrupção brusca pode causar o que denomina-se crise de abstinência. Uma crise de abstinência pode causar sintomas físicos e psicológicos, de acordo com a substância e o grau de dependência, sendo eles: irritabilidade, ansiedade, sudorese, insônia, convulsões, alucinações, tremedeiras e até mesmo levar o indivíduo à morte caso não seja assistida por médicos. Ela também interfere no funcionamento social e ocupacional do indivíduo.

Por conta da dificuldade de aceitação da estratégia de redução de danos, oriunda da ideologia do proibicionismo, que defende a abstinência e a extinção das drogas, e do conservadorismo a ela inerente, foi preciso que o Estado regulamentasse oficialmente o programa de RD através da Portaria Ministerial nº 2197/2004.

Os programas de RD trabalham com a prevenção, tratamento e assistência aos usuários de álcool e outras drogas, por meio de medidas que reduzam os danos à integridade do usuário. São premissas básicas da RD: 1) o reconhecimento que as drogas fazem parte da história da humanidade e que por isso dificilmente será extinta de qualquer forma de organização social; 2) os danos que o uso das drogas causam têm consequências diretas para o usuário e também para o meio onde se insere, entretanto há formas de minimizá-los e até evitá-los; 3) as políticas repressivas não só se mostram ineficazes, como reafirmam o estigma da marginalidade, afastando o usuário da sociedade e com isso aumentando as possibilidades de agravo à saúde e à vida social. (Espínola, 2010).

Aos poucos essa política de RD foi se moldando de acordo com o Sistema único de Saúde (SUS) e foi ganhando projeção nas políticas públicas, passando a ser regulamentada também pela Portaria nº 1.028/2005, que regulamenta o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), estabelecendo critérios para habilitação e incentivo financeiro - mais adiante abordaremos sobre como se deu o surgimento das instituições de atenção psicossocial e, como objetivo deste trabalho, apresentaremos o trabalho do assistentes sociais nesses locais, pautado na política de Redução de Danos antiproibicionista.

Contudo, conforme mencionado, a adoção da estratégia de Redução de Danos nunca foi totalmente aceita e, com o avanço do neoconservadorismo no país nos últimos anos a partir da ascensão ao poder da extrema-direita, essa política vem sofrendo as consequências desse avanço.

O Governo Bolsonaro (2019-2022) decretou a extinção da Política Nacional de Redução de Danos, através do Decreto 9.761 de 11 de Abril de 2019, sendo substituída pela nova Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). A nova PNAD enfatiza o tratamento por meio da abstinência total do usuário e consolidou o incentivo às comunidades terapêuticas (CT), atribuindo-lhes papel central no tratamento de usuários de substâncias psicoativas. O decreto segue em pleno vigor no ano de 2025 e continua norteando a PNAD, mas sofre fortes críticas e pressão de diversos setores como Conselhos de Saúde com tentativas de revogação.

Contudo, a estratégia de redução de danos ainda é aplicada aos usuários, especialmente nos CAPS. Mesmo com a mudança, a base legal anterior permanece válida, ou seja, a Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas) e as normas do Ministério da Saúde não foram revogados e reconhecem e legitimam a estratégia de redução de danos no SUS. Os serviços também contam com autonomia técnico-política e podem continuar ofertando práticas como distribuição de insumos, escuta ativa e cuidados contínuos sem exigir abstinência. Há também o fato de que o novo decreto não revoga protocolos clínicos e as portarias e políticas do SUS, como a Política Nacional de Saúde Mental ou a Política do Ministério da Saúde de atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que defende a estratégia de RD como já apresentado anteriormente. Em suma, o decreto não impede a prática da RD mas cria um ambiente político e institucional menos favorável a elas e mais favorável ao avanço das

comunidades terapêuticas e da aplicação do tratamento por abstinência, que vão contra o que é trabalhado pela Redução de Danos¹⁵.

Sodelli (2015) levanta uma interessante questão que serve como justificativa para a política de prevenção da Redução de Danos. O autor reconhece que o uso de substâncias psicoativas pode causar danos à saúde e levar ao fenômeno da dependência, entretanto existem outras atividades que também causam danos a saúde e que mesmo assim continuam sendo reproduzidas diariamente, como exemplo da poluição e dos acidentes de trânsito - que causa mais mortes do que casos de overdose. O que ele buscou mostrar foi que, da mesma maneira que tenta-se minimizar os danos causados pela poluição e o trânsito, por meio de regulamentos, informações, infraestrutura e educação, também deveríamos assumir essa postura perante a questão das drogas, pois ele também reconhece que as sociedades sempre utilizaram e continuarão utilizando essas substâncias.

Sabemos que não é possível pensar em uma grande cidade sem os riscos de acidentes de trânsito, mas também estamos cientes de que há uma grande diferença entre aquelas cidades, cujas estradas são cuidadas, em que há o planejamento do trânsito urbano, que oferecem transporte seguro para a população, daquelas que não tomam essas providências. Em vez de proclamar uma tola proibição, devemos reconhecer que o desejo de drogas recreativas é tão legítimo quanto inextinguível, e que é preferível reduzir os danos associado a elas a fingir que está tudo bem apenas com a manutenção da ideologia da proibição - mas na realidade promovendo um consumo extremamente inconsciente, desfavorável, desimpedido, descontrolado e desenfreado. (Scheerer, 1997 *apud* Sodelli, 2015, p. 130).

Compreende-se então que o uso abusivo de substâncias psicoativas é complexo e determinado por muitos fatores que atingem vários segmentos da sociedade. Dessa forma, a política repressiva se mostrou falha uma vez que o mercado ilícito das drogas e seu consumo continuam presentes na sociedade. Diante disso, a estratégia de redução de danos ganhou espaço na Saúde Coletiva com um viés mais antiproibicionista - se contrapondo ao tratamento de abstinência e segregação - através dos serviços de Atenção Psicossocial que emergiram na década de 1980 para o cuidado e assistência desses usuários como um modelo substitutivo à lógica manicomial e trabalhando com a estratégia da redução de danos. Traremos no próximo capítulo deste trabalho a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a política dos CAPS Álcool e Drogas e como as últimas mudanças na política nacional de saúde mental e álcool e outras drogas têm influenciado no aumento das comunidades terapêuticas, contribuindo novamente para uma abordagem proibicionista e asilar referente ao uso de substâncias psicoativas.

¹⁵ Sobre o avanço das comunidades terapêuticas em contraponto a política de Redução de Danos e a Reforma Psiquiátrica, será melhor desenvolvido no tópico 2.1.3 deste trabalho.

CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso de substâncias psicoativas foi tratado durante muitos anos como algo a ser combatido, dessa forma os tratamentos eram com abstinência e seguindo um modelo asilar de exclusão e segregação, influenciado pelas políticas proibicionistas. A partir da década de 1970, dois movimentos iniciados na Europa desencadearam mudanças significativas na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: a primeira foi, como mostrado anteriormente neste trabalho, o surgimento da estratégia de Redução de Danos que questionava as políticas repressivas da ONU; o segundo movimento foi o das Reformas Psiquiátricas europeias que questionavam o modelo de tratamento psiquiátrico da época. Neste capítulo, será apresentado como se deu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que resultou no surgimento de modelos substitutivos aos manicômios - especificamente os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) - e, por último, abordará as últimas mudanças nessas políticas diante das contrarreformas neoconservadora que vem ocorrendo no Brasil desde 2016. Conseqüentemente a essas mudanças, o capítulo tratará inicialmente sobre avanço das Comunidades Terapêuticas no país, tanto em quantidade como em financiamento e apoio governamental. Essas instituições atuam de forma contrária à estratégia de Redução de Danos, à Reforma Psiquiátrica e reforçam a ideologia proibicionista.

Após percorrido sobre a Reforma Psiquiátrica, as legislações da Política Nacional de Saúde Mental e o avanço das Comunidades Terapêuticas, o presente capítulo abordará sobre o trabalho do assistente social tanto nos CAPSad - que são serviços substitutivos aos manicômios e ancorados na Reforma Psiquiátrica -, quanto nas Comunidades Terapêuticas - que, como será apresentado, atua seguindo a lógica manicomial e a ideologia proibicionista. Por serem dispositivos com diretrizes opostas, a presença do assistente social em ambos os dispositivos se dá de forma diferente e, em um dos casos, não se encontra alinhado com o projeto ético-político da profissão.

2.1 A Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPSad

2.1.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira

Historicamente, a loucura - e aqui cabe ressaltar que não se tratava apenas do adoecimento mental de fato, mas tudo aquilo que fugia da normalidade imposta pela sociedade -, era tratada de forma privada e higienista, com o isolamento do indivíduo do convívio em sociedade. Esses corpos eram institucionalizados e sofriam todos os tipos de violações.

Com o advento do capitalismo, a discriminação entre aqueles que sofriam de algum transtorno passou a crescer, uma vez que o conceito de apto e não apto para o trabalho surgiu. Então, aqueles que não serviam à ordem capitalista passaram a ser institucionalizados pelo Estado. Como mostrado anteriormente, a respeito do uso abusivo de substâncias psicoativas, o sujeito era institucionalizado de maneira compulsória. Esta institucionalização/internação assemelhava-se ao cumprimento de uma pena, devido às leis de caráter proibicionista, que puniam e punem usuários de substâncias psicoativas.

Durante muitas décadas, especialmente a partir do final do século XIX, essa institucionalização ocorreu nos manicômios - instituições públicas ou privadas que recebiam financiamento do Estado. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro - e segundo da América Latina - foi inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro (RJ). O Hospício Pedro II foi um marco da política de segregação dos “loucos” ou “desajustados”. Em 1874 tem-se o Hospício São João de Deus, em Salvador (BA), um dos principais do Nordeste. Em 1898, em Franco da Rocha (SP), o Hospital Psiquiátrico de Juqueri foi inaugurado e chegou a ser considerado o maior hospital psiquiátrico da América Latina, abrigando em seu auge mais de 12 mil internos - suas atividades se encerraram definitivamente apenas em 2021.

Esses espaços seguiam a lógica higienista de retirar das cidades aqueles que eram considerados loucos ou desviantes - muitas vezes sem necessariamente apresentarem transtornos mentais -, que eram abandonados pelas famílias, recolhidos das ruas ou até mesmo internados como penas por infringirem leis. Essas instituições chamadas de manicômios eram caracterizadas pela desumanização do sujeito, pela violência e pelos maus-tratos aos internos. Os pacientes eram submetidos a práticas como o eletrochoque e a contenções físicas, além de

viverem sob efeito constante de medicamentos - de acordo com relatos de denúncias na época. O modelo se expandiu ao longo do século XX, com a criação de inúmeros hospitais psiquiátricos espalhados pelo país, sobretudo em regiões periféricas e áreas rurais - como o Hospital Colônia de Barbacena (MG), fundado em 1903, onde milhares de pessoas morreram vítimas de negligência e trabalho forçado, em um dos episódios mais violentos da psiquiatria brasileira, conhecido como “holocausto brasileiro”¹⁶.

Entre as décadas de 1930 a 1970 houve uma grande expansão do número de manicômios em várias regiões do país. A partir da década de 1970, quando iniciou-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, aliada a Reforma Sanitária que ocorria no país num contexto de resistência à ditadura militar. Este movimento teve como uma de suas mais importantes contribuições o movimento da reforma psiquiátrica italiana iniciado por Franco Basaglia, na década de 1960. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana se diferenciou de outros países pois não defendia apenas a desospitalização do paciente, mas sim a desinstitucionalização com seus conteúdos de mobilização dos sujeitos sociais, como atores; de transformação das relações de poder entre instituição e paciente; e, ainda, de reconstrução de uma estrutura de serviços de saúde mental que pudessem substituir inteiramente a internação psiquiátrica, através da desmontagem e da reconversão dos recursos materiais e humanos (Rotelli et al. 1990, p.18, *apud* Tomaz, 2009, p. 91).

O que Franco Basaglia defendia não era somente a reorganização da instituição psiquiátrica, mas uma transformação total desta, confrontando o hospital psiquiátrico, o modelo asilar e de exclusão, as formas de tratamento violentas e o foco na doença e não no doente. A nova forma de tratamento, orientada por um pensamento crítico a respeito das instituições psiquiátricas, construiria novas formas de cuidado, sociabilidade e subjetividade para aqueles que necessitem de assistência psiquiátrica.

De acordo com a concepção de Basaglia, para que a desinstitucionalização seja efetiva, faz-se necessário criar meios de tratamento e políticas de saúde mental que possam transformar a instituição psiquiátrica, inverter ou derrubar alguns paradigmas, como por exemplo, o paradigma médico de problema-solução, doença-cura, que não se adaptam a psiquiatria, para o paradigma de atenção à doença para atenção ao doente, visto que no campo da psiquiatria as doenças são crônicas em sua maioria. (Tomaz, 2009, p. 92).

¹⁶ O termo “Holocausto Brasileiro” foi popularizado pela jornalista Daniela Arbex em seu livro *Holocausto Brasileiro: A Tragédia de um Hospício no Brasil* (Arbex, 2013), que relata as condições desumanas do Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais. A comparação com um “holocausto” já havia sido feita anteriormente pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, que visitou o hospital em 1979 e denunciou as condições semelhantes a campos de concentração nazistas.

Para Rotelli (1990 *apud* Tomaz, 2009), a experiência da Reforma em Trieste trouxe novas práticas para a psiquiatria, que passou a lidar com a loucura/sofrimento-existência como objeto e não mais a doença, e sua proposta era a de produção da vida e exercício da cidadania reconhecendo o paciente como um sujeito de direitos. A desinstitucionalização defendida por Basaglia desmontava o conceito de “doença-solução” e questionava as práticas psiquiátricas de segregação e os manicômios.

O movimento da Reforma Psiquiátrica chegou ao Brasil na década de 1970, após algumas visitas de Franco Basaglia ao país, incorporando-se à luta pela redemocratização nacional e pelos direitos e cidadania dos que viviam marginalizados no contexto político da ditadura militar. O início do movimento pela reforma psiquiátrica era favorável naquele momento justamente porque o país vivenciava uma reorganização do quadro político, com o fortalecimento de movimentos sociais em prol dos direitos sociais e no campo da saúde o Movimento da Reforma Sanitária¹⁷ ganhava força.

No campo da saúde mental, as condições de assistência à população - fosse essa assistência pública ou privada - era marcada por violência e marginalização. Os novos movimentos sociais alinhados à Reforma Sanitária, começaram a denunciar a assistência em saúde mental oferecida pelos hospitais psiquiátricos pelo abandono e pelos maus tratos sofridos pelos pacientes internados. Assim surgiu, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em prol de reivindicações trabalhistas e com discurso humanitário pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Este movimento ainda se encontrava muito aliado à perspectiva de humanização dos serviços oriunda da Reforma Sanitária, que defendia a reforma do hospício, sua humanização e não a sua extinção.

Assim, em 1987, diante de discordâncias sobre o modelo sanitário na saúde mental, um grupo se separou do MTSM, surgindo o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) que defendia a Reforma Psiquiátrica não como apenas a humanização dos manicômios, mas o fim completo dos manicômios e um tratamento fora das instituições, com uma reinserção dos pacientes no meio social como cidadãos.

Contudo, o MTSM ao se separar daqueles objetivos propostos pelo Movimento Sanitário, assumiu o lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*. Isto quer dizer que, para o movimento não bastava a humanização do manicômio. Naquele período, para os militantes que assumiram a luta contra os manicômios, para que de fato houvesse uma mudança na condição em que viviam os loucos, se fazia necessário uma

¹⁷ A Reforma Sanitária brasileira foi um movimento político, social e técnico-científico iniciado na década de 1970, que teve como objetivo a universalização do acesso à saúde e a democratização das políticas públicas do setor. Esse processo resultou na criação do Sistema único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 como um direito de todos e dever do Estado.

transformação maior tanto da concepção sobre a loucura quanto das práticas em saúde mental. Por isso, o MTSM transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial (Tomaz, 2009, p. 98).

Neste mesmo ano, além da separação do MTSM e o nascimento do MLA, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e a realização do Congresso de Bauru. A conferência discutiu pela primeira vez um novo modelo de atenção em saúde mental, e no congresso o MLA lançou a Carta de Bauru (dezembro de 1987), um documento que denunciava a lógica manicomial de exclusão, segregação e violência e propunha um novo modelo de atenção psicossocial, baseado nos direitos humanos e de caráter comunitário. Este congresso foi considerado o ato fundador da Luta Antimanicomial no país.

Resultante da luta desse movimento, em setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) formulou o Projeto de Lei nº 3657 - que previa a extinção de qualquer tipo de manicômio e proibia a criação de outros hospitais psiquiátricos públicos em território nacional e proibia também a contratação ou financiamento governamental de novos leitos em hospitais psiquiátricos. Este projeto lei não chegou a ser aprovado, pois foi considerado radical para o contexto de “indústria da loucura”¹⁸ da época. O projeto sofreu forte oposição no Congresso, pois sofria pressão dos empresários da área da saúde mental, uma vez que as internações geravam lucro para os hospitais psiquiátricos.

Nos primeiros anos da década de 1990, as primeiras experiências com os CAPS e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), como em Santos (SP), Campinas (SP) e Belo Horizonte (MG), foram colocadas em prática e mostraram que era possível um cuidado em saúde mental sem manicômios. Essas experiências foram resultantes da II Conferência Nacional de Saúde Mental reforçou as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Portaria GM/MS nº 224/1992 instituiu os CAPS e NAPS como unidades de atenção psicossocial.

Em 2001, implementou-se a Lei Federal nº 10.216, aprovada a partir de um projeto de Lei substitutivo ao do Paulo Delgado, apresentado pelo senador Sebastião Rocha, que defendia uma reforma psiquiátrica de forma mais branda. A Lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, dela derivou-se uma série de portarias e resoluções,

¹⁸ A expressão “mercado da loucura” é utilizada por autores como Paulo Amarante e refere-se ao mercado econômico consolidado pelo sistema manicomial, que transformou a loucura em objeto de controle e lucro, uma vez que os hospitais psiquiátricos eram privados ou conveniados e recebiam financiamento público. Segundo Amarante (1995), essa dinâmica consolidou um verdadeiro mercado em torno do sofrimento psíquico e dificultou a implementação de políticas antimanicomiais.

com por exemplo a que cria os CAPS I a III, CAPSad e CAPSij¹⁹, além das residências terapêuticas e outras formas substitutivas aos manicômios.

Cardoso, Trino, Pedra e Medeiros (2014) consideram três marcos de suma importância neste processo de reforma psiquiátrica brasileira. O primeiro é a Declaração de Caracas²⁰, aprovada em 1990, constituindo-se uma referência fundamental para a reforma brasileira. Esta declaração definia 4 princípios fundamentais para a Reforma na América Latina em si, sendo eles: “1) Respeito à dignidade e aos direitos humanos e civis das pessoas portadoras de transtornos mentais; 2) Reconhecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como espaço privilegiado para a garantia da atenção integral em SM; 3) Revisão do papel do hospital psiquiátrico e valorização de serviços comunitários; e 4) Práticas assistenciais interdisciplinares promotoras da autonomia e da permanência da pessoa portadora de transtornos mentais em seu meio”.

Seguindo nessa direção, o segundo marco indicado pelos autores foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1992, que deliberou sobre a construção de uma rede de atenção à saúde mental e a transformação da legislação e do direito à atenção integral e à cidadania do paciente. Entre os anos de 1990 e 2000, os estados brasileiros foram implementando leis para substituição progressiva dos manicômios e normas federais entraram em vigor regulamentando a fiscalização dos hospitais psiquiátricos e a implantação de CAPS e Hospitais-Dia, mas 93% dos recursos do Ministério da Saúde ainda se destinavam aos hospitais psiquiátricos (Cardoso *et al.*, 2014).

O terceiro marco ocorreu em 2001, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental que atribuiu papel central aos CAPS na assistência aos pacientes psiquiátricos e deliberou a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas. A partir da III CNSM e da Lei Federal 10216 (Lei Paulo Delgado), iniciou-se o financiamento federal para os serviços abertos e substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS e as

¹⁹ O CAPS I destina-se a municípios de pequeno porte (20 a 70 mil habitantes), atendendo pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; o CAPS II atende cidades médias (70 a 200 mil habitantes), com maior capacidade de equipe e abrangência; o CAPS III é destinado a grandes municípios (acima de 200 mil habitantes), funcionando 24 horas e com leitos de acolhimento noturno. Já o CAPSad é especializado no cuidado a pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso problemático de álcool e outras drogas, enquanto o CAPSij é voltado especificamente para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes.

²⁰ Documento assinado na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, organizado pela Organização Pan-Americana de saúde (OPAS), em Caracas, na Venezuela.

Residências Terapêuticas, bem como procedeu-se com a fiscalização dos leitos psiquiátricos, com vistas a sua extinção e direcionamento do financiamento para a rede substitutiva

A Reforma Psiquiátrica se consolidou no Brasil na década de 2002 a 2012, quando a desinstitucionalização dos pacientes foi impulsionada e houve uma expansão no número de CAPS (I, II, III, AD E IJ) e de outros aparelhos substitutivos ao manicômio foram criados. Tivemos a consolidação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que foi instituída pela Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, resultado de deliberações feitas, especialmente, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010, que foi fundamental para consolidar diretrizes para uma rede de atenção psicossocial articulada, que integrou políticas intersetoriais como a assistência social no cuidado em saúde mental.

A RAPS propõe um cuidado integral e articulado para os pacientes em sofrimento psíquico, incluindo aqueles com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, e reconhece que o cuidado em saúde mental vai além do campo da saúde, pois envolve situações de vulnerabilidade, violação de direitos, exclusão e desigualdade social. Dessa forma, a rede integra outras políticas públicas, como por exemplo, uma articulação direta com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A RAPS então é composta por diferentes dispositivos públicos (princípio do SUS) de base comunitária integrados, sendo eles a Atenção Básica e Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), os leitos em hospitais gerais, as equipes de consultório na rua, Programa de Volta para Casa e os Hospitais Especializados ou serviços ambulatoriais de Saúde Mental e as Comunidades Terapêuticas. E, atuando articulados com esses dispositivos, temos os serviços de assistência social como os CRAS²¹, CREAS²² e Conselho Tutelar, de forma a garantir um tratamento humanizado, territorialização e desinstitucionalizado.

Como mencionado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica, orientada pela perspectiva antimanicomial, foi de extrema importância e influência para a criação e consolidação das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Drogas que temos atualmente. Contudo, os ataques sofridos e os retrocessos que presenciamos nestas políticas, vêm influenciando a direção dada às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e, por consequência, no tratamento dos usuários destas políticas como as pessoas com transtornos mentais e os usuários de álcool e

²¹ Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

²² Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

outras drogas. No que diz respeito à política de álcool e outras drogas, este cenário se agravou principalmente, após as mudanças implementadas pelo ex-presidente Bolsonaro no que tange ao aumento do financiamento das Comunidades Terapêuticas e sua estratégia de tratamento que preconiza a abstinência como condição para tal. Para melhor abordar o assunto, os tópicos seguintes deste trabalho trarão mais detalhadamente a política e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as mudanças dos últimos anos que corroboraram para a ascensão das chamadas Comunidades Terapêuticas e seu funcionamento.

1.2.3 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad

Conforme exposto anteriormente, a questão do uso de drogas foi tratada por muito tempo de forma asilar, em hospitais psiquiátricos, a partir de internações compulsórias, com o objetivo da reabilitação dos sujeitos. Durante o século XX, o encarceramento manicomial servia como uma forma de repressão, afinal a legislação nacional propunha a internação compulsória como “pena” por tempo indeterminado. Este cenário começou a mudar no final do século e começo do século XXI, com as novas políticas de drogas e saúde mental sendo discutidas, conforme demonstrado no item anterior.

Neste item, daremos destaque para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad, que surgiram como um dos dispositivos substitutivos ao manicômio, para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, em decorrência da Política Nacional de Saúde Mental, aprovada em 2001. Estes dispositivos integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Sistema Único de Saúde (SUS). Como tratado anteriormente, a política do CAPSad está fundamentada tanto na Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, como nas diretrizes e princípios que regem o funcionamento do SUS, mas também em três portarias ministeriais importantes para o surgimento dos CAPS e a consolidação da rede extra-hospitalar e de atenção psicossocial no Brasil, sendo elas:

- 1) a Portaria nº 224/1992, do Ministério da Saúde, (antecede a aprovação da Política Nacional de Saúde mental, em 2001, e é fruto do Movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira) regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico em saúde mental e prioriza o atendimento

comunitário, territorial e humanizado. Baseada nos princípios do SUS de universalidade, integralidade, regionalização e participação social, foram estabelecidas diretrizes técnicas de organização para uma rede que incluía os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), o Hospital-Dia, os serviços de urgência psiquiátrica e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. A portaria também definiu normas mínimas para os hospitais psiquiátricos que ainda existiam na época.

- 2) a Portaria nº 336/2002 - uma década depois - que especifica os tipos de CAPS, incluindo os CAPSad especificamente voltado para o acolhimento e tratamento daqueles pacientes que possuem algum transtorno decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa norma estabelece as diretrizes para o funcionamento das diferentes modalidades de CAPS - CAPS I, CAPS II, CAPS II, CAPSij e CAPSad - definindo critérios como o porte populacional da área, a composição mínima da equipe multiprofissional que atende nos dispositivos e as modalidades dos atendimentos. Foi uma portaria que integrou os CAPS às demais instâncias do SUS.
- 3) a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que institui no SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Essa norma ampliou a política de saúde mental para incluir especificamente o cuidado às pessoas que faziam uso abusivo das substâncias psicoativas. Tinha como diretrizes integrar ações federais, estaduais e municipais, a implantação de uma rede articulada extra-hospitalar, a estratégia de redução de danos e a garantia de atenção integral aos usuários e à família. A portaria previu a criação de centenas de CAPSad no país, em capitais e locais de maior incidência, além das ações de prevenção, atendimento psicossocial e medicamentoso, fortalecimento de vínculos comunitários e a capacitação das equipes.

A luta antimanicomial impulsionou a proposta de um serviço de saúde mental aberto e de base comunitária, de formas que o CAPSad viria a se tornar um centro de referência para os usuários de álcool e outras e seguiria, até então, a estratégia da Redução de Danos, como forma de tratamento. Os CAPSad têm como finalidade ofertar o cuidado integral aos pacientes usuários de substâncias psicoativas e a reinserção social deste usuário. Estes

dispositivos atuam de portas abertas, com um regime de atenção diária e com os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Esse novo modelo de atenção psicossocial, especialmente os CAPSad²³, se fundamenta em uma abordagem antiproibicionista - mesmo que nem sempre o dispositivo ou todos da equipe de profissionais possam compactuar com essa abordagem. Enquanto o proibicionismo trata o uso de drogas como algo moral/criminal, passível de encarceramento e considera o uso abusivo como uma patologia/doença, que necessita da cura e reabilitação exclusivamente por abstinência, o enfoque dos CAPSad está nos princípios da redução de danos (RD), reconhecendo que o uso de drogas sempre esteve e sempre estará presente na sociedade de diferentes formas, como no sistema atual em que as drogas possuem uma relação mercadoria e consumo, conforme tratado no item 1.1.1 *A droga e seus valores* deste trabalho.

Rompendo com a lógica da criminalização do usuário, é possível traçar estratégias para reduzir os danos causados pelo uso prejudicial das drogas, tanto para usuários quanto para a coletividade, incluindo sua família, reforçando que esse é um problema de saúde e, como tal, deve ser assim entendida, e o tráfico como da esfera jurídico-policial. (Duarte, 2015, p. 140).

Para Espíndola (2010), os CAPSad, de acordo com o que foi proposto pelo Ministério da Saúde, devem oferecer: atividades terapêuticas buscando atendimentos diários seguindo as propostas da RD; cuidados personalizados para cada usuário (os chamados Projetos Terapêuticos Singulares - PTS) e níveis de complexidades de atendimentos de acordo com essas particularidades; condições de desintoxicação ambulatorial ou salas de enfermagem para cuidados emergenciais; cuidados e atenção aos familiares do paciente; através da rede a “reinserção social” dos pacientes, estratégias de enfrentamento das demandas; trabalho junto ao paciente e familiares estratégias que reduzam o risco do uso indevido de álcool e outras drogas; atividades de cunho preventivo e educativo na instituição e na comunidade.

Seguindo as diretrizes do CAPSad, o dispositivo deve então ser composto por equipes multidisciplinares compostas por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos psiquiatras, médicos clínicos e demais especialidades que atuam no cuidado em saúde mental. Estes profissionais devem trabalhar de forma integrada e complementar, tanto no dispositivo em si quanto com os profissionais de outras áreas da

²³ Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad são dispositivos focados exclusivamente naqueles pacientes que possuem transtornos decorrentes do uso abusivos de drogas, contudo, em localidades que não possuem um CAPSad mas possuem outras modalidades - como CAPS I, II, III e infantojuvenil -, o tratamento se dá nestes dispositivos de forma conjunta com o território.

RAPS e devem estar sempre se capacitando e se especializando a respeito do trabalho com usuários de substâncias psicoativas.

Contudo, a ideologia do proibicionismo com toda sua lógica moral-criminal e de doença-cura ainda é muito presente na sociedade brasileira, de forma que preconceitos, estigmas, tabus e o moralismo no trato à questão das drogas ainda se fazem muito presentes, o que reforça no imaginário popular a ideia de que as internações, a abstinência e a repressão são os caminhos mais certos para a resolução do “problemas das drogas”. Para Duarte (2015), esta ideologia ajuda a reproduzir discursos de outros órgãos públicos ou de organizações não governamentais (ONGs) com forte cunho religioso e moralista para o trato com o consumo e o uso prejudicial de drogas, que culpabiliza e criminaliza os próprios usuários.

De acordo com Bisneto (2007),

[...] desde os meados de 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não-democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental. (Bisneto, 2007, p.42).

Diante da presença onisciente do proibicionismo e do moralismo que o cerca e com o fortalecimento do neoconservadorismo e do neoliberalismo na política brasileira, principalmente com avanço da extrema-direita no governo, desde 2016, tivemos alguns retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas que atingiram diretamente a atenção a saúde mental e os dispositivos substitutivos ao manicômio fundamentados pela Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial .

Sob o governo de Michel Temer, foram promulgadas a Resolução nº 32/2017 da CIT e a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, que trouxe novamente a lógica manicomial para a política de saúde mental. Mais especificamente, estas normas estabelecem as seguintes diretrizes:

- A Resolução nº 32/2017 reintroduz os hospitais psiquiátricos como dispositivos centrais da RAPS - que antes eram os CAPS - e incentiva a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais com um incentivo econômico; estabelece a taxa mínima de 80% dos leitos ocupados para que as instituições recebessem incentivo nos custeios; e reconhece as Comunidades Terapêuticas como um dispositivo que integra a RAPS e o SUS, recebendo assim financiamento.

- A Portaria GM/MS nº 3.588/2017²⁴ instituiu a modalidade do CAPSad IV - um CAPSad em tempo integral, com até 30 leitos - e reforça os leitos hospitalares psiquiátricos, ampliando o financiamento hospitalocêntrico. Define também que, para receber recursos, o dispositivo precisa contar com uma ocupação mínima dos leitos psiquiátricos de 80% e reajusta os valores pagos por internações em hospitais psiquiátricos e gerais.

Moura (2020) nos apresenta que, no início de 2019, Quirino Cordeiro Júnior, que era coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, divulgou uma Nota Técnica (nº 11/2019) no sistema interno do Ministério da Saúde, em que ele se mostrava favorável às legislações acima citadas do governo Temer, e citava a necessidade de ampliar leitos nos hospitais psiquiátricos, o incentivo às Comunidades Terapêuticas e a necessidade do financiamento público na compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Contudo, esta nota foi retirada de circulação dois dias após ser publicada. Mesmo tendo sido apagada, em 2019 no governo de Jair Bolsonaro, tem-se a continuidade destas ações que vão contra a Reforma Psiquiátrica, uma vez que foi um governo marcado pelo conservadorismo e medidas de caráter ultraneoliberais.

No âmbito da saúde mental, um dos retrocessos deste governo foi a sanção da Lei nº 13.840/2019 que alterou a legislação sobre drogas, enfraqueceu a estratégia de Redução de Danos pois passou a priorizar as abordagens centralizadas na abstinência e previu o acolhimento de usuários nas Comunidades Terapêuticas, além de permitir a internação involuntária de pacientes com problemas com uso de drogas.

Em contraposição aos retrocessos acima apresentados, em junho de 2023, a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, instituída no governo Temer, foi revogada oficialmente pela Portaria GM/MS nº 757/2023. A nova portaria de 2023 revoga os dispositivos que haviam sido introduzidos na RAPS, como o CAPSad IV, restaura a atenção comunitária e descentralizada e elimina o incentivo à internação. Reestabeleceu normas anteriores como os leitos de saúde mental em hospitais gerais e o Serviço Hospitalar de Referência (SHR). A portaria de 2017 apresentava mudanças contrárias aos princípios da Reforma Psiquiátrica, dessa forma a revogação foi considerada uma vitória dentro do movimento da Luta Antimanicomial.

Em suma, a Reforma Psiquiátrica contribuiu para o avanço de uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas mais humanizada, antiproibicionista e na defesa dos

²⁴ Foi revogada pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023.

direitos humanos, da saúde e da cidadania. Resultante desse avanço tivemos a construção de serviços substitutivos aos manicômios, principalmente os CAPS, e a consolidação da RAPS no âmbito do SUS; direitos que foram legitimados no legislativo por leis e portarias como a Lei 10.216, a Política Nacional de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas e a estratégia de Redução de Danos; e um cuidado voltado para a recuperação dos vínculos sociais e familiares dos usuários. Contudo, os retrocessos apresentados colocam em cheque estes avanços e o cenário atual conta com: o incentivo ao modelo asilar e ao tratamento em abstinência, para pacientes que fazem uso abusivo das substâncias psicoativas; a falta de investimento público no serviços substitutivos; e o incentivo e aumento do financiamento das Comunidades Terapêuticas. Dessa forma, tais retrocessos vão ao encontro da lógica manicomial e da ideologia do proibicionismo.

2.1.3 As Comunidades Terapêuticas

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial trouxeram avanços na legislação a respeito da atenção em saúde mental com usuários de substâncias psicoativas nas últimas três décadas. Contudo, a lógica manicomial ainda é uma ameaça aos direitos desses pacientes, principalmente na última década com as mudanças legislativas que configuraram um retrocesso na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Mesmo com os modelos substitutivos aos manicômios, a perspectiva manicomial tem estado presente nos hospitais, nas Comunidades Terapêuticas, nas intervenções invasivas pautadas em tratamento de abstinência, de isolamento, de rompimento de vínculos familiares e sociais e pelas denúncias que já mostraram maus tratos aos pacientes em clínicas de reabilitação ou comunidades terapêuticas.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições privadas, de acolhimento às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em sua maioria com um caráter religioso, que tem como estratégia de tratamento a abstinência e o isolamento do convívio social dos pacientes por meio das internações. Elas surgiram inicialmente na década de 1950 no exterior, como um conceito comunitário de tratamento de saúde mental, e foi nos Estados Unidos que seu público-alvo se tornou as pessoas que faziam uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Elas chegaram no Brasil no final da década de 1968. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,

Os serviços prestados pelas Entidades de Acolhimento, também chamadas de Comunidades Terapêuticas destinam-se às pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas e que necessitem de afastamento, por período prolongado do ambiente no qual se iniciou, desenvolveu ou se estabeleceu a dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, que objetivam a abstinência (BRASIL, 2025).

Estas instituições possuem respaldo legal, pois são regulamentadas pelo art. 26-A, da Lei nº 11.343/2006²⁵ (Lei de Drogas), que define como estas instituições devem funcionar. A lei também afirma que são entidades privadas, sem fins lucrativos, voltadas para acolhimento voluntário e que não podem adotar práticas de internação compulsória; são fundamentadas para a vida social e pessoal, conforme dispostos nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição Federal²⁶.

Desde o início, a atuação das CTs estiveram ligadas a grupos religiosos e focaram no trabalho agrícola, disciplina e isolamento do convívio social. Até a década de 1980 havia pouca regulamentação e o crescimento dessas instituições se deu pela falta de instituições da rede pública para o tratamento de pessoas que faziam uso abusivo das substâncias psicoativas. As CTs passaram a buscar regulamentação e articulação federal na década de 1990, ao mesmo tempo em que passaram a sofrer críticas dos movimentos de Saúde Mental. Em 2001, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) reconheceu as CTs como uma alternativa para o cuidado em saúde mental, álcool e drogas. Em 2006 a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) permitiu o repasse legal de recursos públicos a instituições privadas, como as CTs, mesmo sem uma regulamentação específica.

Na última década presenciamos um avanço no número de Comunidades Terapêuticas no país após mudanças na legislação, como a (Resolução nº 32/2017 e Lei nº 13.840/2019)

²⁵ “O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por: I – oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; II – adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas; III – ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social; IV – avaliação médica prévia; V – elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e VI – vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.” (Lei n.º 11.343/2006, art. 26-A)

²⁶ O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por: I – oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; II – adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas; III – ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social; IV – avaliação médica prévia; V – elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e VI – vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.” (Lei n.º 11.343/2006, art. 26-A)

que reconheceu as Comunidades Terapêuticas como um dispositivo da RAPS e do SUS, passando assim a receberem financiamento federal. Um marco importante foi o Decreto nº 9.761/2019 que instituiu a Nova Política Nacional Sobre Drogas, alterando significativamente as orientações do governo federal em relação ao cuidado em saúde mental, álcool e drogas. O decreto determinou prioridade para o tratamento em abstinência, ampliação do financiamento público para as CTs, incluindo repasses diretos pelo Ministério da Cidadania e convênios com os estados e municípios.

As Comunidades Terapêuticas têm se destacado e ganhado espaço como alternativa à rede pública. São instituições privadas e filantrópicas que em sua maioria atuam numa perspectiva higienista e conservadora, utilizando a laborterapia, a disciplina e a espiritualidade como pilares para o tratamento, valendo-se ainda do isolamento das pessoas internas do convívio social e familiar. Esses espaços cresceram nos momentos em que a epidemia do crack foi divulgada pela mídia, se expandindo com o incentivo financeiro do Governo Federal. Desde então, internações voluntárias, involuntárias e compulsórias têm sido fonte de lucro para os grandes empresários que se beneficiam com as internações e as reinternações. (Moura, 2020, p. 278).

A última pesquisa do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), realizada em 2017, apontou cerca de 2 mil Comunidades Terapêuticas atuando no Brasil. Desde então, não houve outro levantamento nacional similar, mas diante das alterações legislativas sobre o aumento de financiamento público para essas instituições, a tendência é que este número tenha aumentado consideravelmente até os dias atuais.

A Conectas Direitos Humanos (Organização não-governamental - ONG) e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) publicaram um relatório apresentando um levantamento sobre o financiamento público de CTs no Brasil. Foram analisados dados no período de 2017 a 2020 e constatou-se que cerca de R\$560 milhões de recursos públicos foram repassados para estas instituições, tanto no âmbito federal, quanto municipal e estadual. Deste valor, o investimento federal foi de R\$293 milhões, com acréscimo de 109% em termos corrigidos. Uma parte significativa do financiamento - R\$30 milhões de reais, cerca de 10% do financiamento federal - se deu por meio de emendas parlamentares. O relatório também constatou que há uma dificuldade no acesso aos dados sobre o financiamento das CTs, “os problemas vão da opacidade das peças orçamentárias à violação de prazos da Lei de Acesso à Informação. Parte desses obstáculos parecem ser peculiares dessa relação entre o poder público e as CTs” (Conectas; CEBRAP; 2021, p. 7).

Nos últimos anos, houve crescimento dos recursos públicos despendidos com CTs. O montante de investimento federal entre 2017 e 2020 chegou a R\$300 milhões e, considerando os valores repassados por governos e prefeituras de capitais, atingiu-se R\$560 milhões. A tendência mais provável é que o investimento continue crescendo, especialmente por parte do governo federal, que faz do repasse às CTs o eixo

principal de sua política de cuidado a quem faz uso problemático de drogas. Além disso, com a sanção da Lei Complementar 187/2021, as CTs passaram a ter o direito de buscar imunidade tributária e, assim, receber financiamento público indireto. (Idem, p. 7).

O levantamento também evidenciou que o financiamento público das CTs já “se consolidou como política pública permanente, especialmente no Governo Federal” e a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED é a principal responsável por sua implementação. E, ao passo que investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) têm se mantido estáveis ou em declínio, o repasse de recursos para as CTs - que são oriundos do Ministério da Cidadania e não do Ministério da Saúde - vem crescendo de forma significativa.

O relatório também destaca que as CTs “se movem por uma zona de indeterminação”, pois elas têm se distanciado do termo “internação” para o termo “acolhimento”, em uma tentativa de se diferenciar dos dispositivos de saúde que comumente possuem uma regulamentação mais rigorosa.

Em resumo, o levantamento sobre o financiamento das CTs entre 2017-2020 revelou que essa política não tem mostrado efetividade no tratamento do uso abusivo de drogas e que o financiamento não é transparente, sendo de difícil acesso às informações sobre o tema e reforça a importância de debates sobre o tema.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou em 2018 um Relatório de Fiscalização intitulado “Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas no Brasil”. Foram realizadas visitas de fiscalização em CTs conduzidas por 18 Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e as ações foram deliberadas no 44º Encontro Nacional CFESS-CRESS e organizadas pela Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi) do CFESS. Neste relatório, após visitas de fiscalização em comunidades em vários estados brasileiros, ficou evidenciado que os sujeitos são tratados como pacientes, de forma a reforçar uma dimensão pessoal, de responsabilização e culpabilização no trato ao uso abusivo de drogas. Dessa forma, desconsidera-se as determinações econômicas, sociais, e as contradições sociais oriundas das relações capitalistas que são fatores determinantes do adoecimento psíquico e do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

O relatório do CFESS (2018) reforça também que nessas instituições o tratamento se efetiva por meio de internações em isolamento durante meses, com abstinência e com práticas de autoajuda, psicologizantes e moralizantes. Também evidencia que possuem normas rígidas

disciplinantes em atividades rotineiras, com rezas e orações frequentes; e realizam internações compulsórias que implicam na permanência dos sujeitos nessas instituições.

Em outras palavras, os dados coletados refletem que as comunidades terapêuticas se configuram como instituições privadas, confessionais, em que a religião se torna instrumento de tratamento, sem atentar para a realidade social, ética, cultural e religiosa do sujeito. Em geral, as visitas familiares são limitadas e ocorre o cerceamento das relações de sociabilidade, de acesso ao trabalho, à educação, dentre outros. Trata-se de uma tendência no trabalho profissional que confronta com os princípios fundamentais do Código de Ética da/o Assistente Social. (CFESS, 2018, p. 15).

Em 2018 também foi publicado o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidade Terapêutica - 2017. Este relatório foi uma ação conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF). Seu conteúdo é fruto de visitas simultâneas de inspeção em 28 CTs em todo o Brasil. No relatório, ficou constatado que estas instituições são de caráter asilar, utilizando da abstinência, do isolamento e do trabalho forçado dos pacientes em atividades laborais ou até mesmo de manutenção dos locais; utilizam-se de referências morais e religiosas; em sua maioria possuem difícil acesso e visitas restritas, o que corrobora para um isolamento social dos internos.

As principais violações que foram identificadas nessas instituições foram: todas as CTs visitadas apresentaram práticas que configuram violação de direitos humanos; foram detectadas condições de privação de liberdade e isolamento em locais distantes com falta de comunicação externa, trabalho forçado, internações de adolescentes e maus-tratos contra os internos; e o uso indiscriminado de recursos públicos nestas instituições, sem que ocorresse uma fiscalização adequada do Estado.

Diante disso, o relatório chama a atenção para o financiamento público indiscriminado e sem fiscalização dessas instituições que acabam legitimando as práticas abusivas contra os internos, que vão contra as políticas de saúde mental baseadas na luta antimanicomial, pede uma reflexão crítica e um posicionamento por parte do Estado e da sociedade em relação ao modelo de cuidado nessas instituições.

Acerca das violações constatadas em ambos os relatórios apresentados, cabe uma análise mais minuciosa sobre como essas violações vão na contramão dos direitos humanos, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da Política de Saúde Mental. “Grande parte das comunidades terapêuticas visitadas têm o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido” (CFP; MNPCT; PFDC/MPF, 2018, p. 12).

As vistorias também identificaram que a maioria das 28 instituições estavam em locais de difícil acesso, cercadas de muros, grades, portões e até mesmo vigilantes. Também foram constatadas, em algumas CTs, a retenção de documentos e pertences dos internos, incluindo cartões bancários e de acesso a benefícios previdenciários. Essas práticas configuram uma violação direta aos direitos de inserção social e de comunicação que foram assegurados pela Reforma Psiquiátrica na Lei 10.216/2001, a qual garante aos usuários inserção na comunidade, no trabalho e na família, livre acesso aos meios de comunicação e tratamento em serviços comunitários.

A Lei da Reforma Psiquiátrica estabeleceu três modalidades de internação, sendo elas as voluntárias (com consentimento), compulsórias (determinação judicial) e involuntárias (sem consentimento, realizada por médicos). Sobre internações involuntárias, “as vistorias identificaram em apenas duas das 28 comunidades terapêuticas visitadas o documento médico com a autorização para tais internações” (Idem, p. 13). A Lei 10.216/2001 exige laudo médico e comunicação ao Ministério Público (MP) em até 72h após internação e também assegura direito de cessar voluntariamente a internação. Tais condutas também contradizem a Política de Drogas orientada pela Redução de Danos.

Ainda sobre a privação de liberdade, algumas destas instituições apresentaram “a prática do ‘resgate’ ou ‘remoção’ [...], fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção por meio de aplicação de medicamentos” (Idem, p. 13). Conforme o artigo 148 do Código Penal, tais práticas podem configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, principalmente sem a apresentação de um laudo médico.

Como aponta o relatório, as internações compulsórias também são um problema em algumas CTs, pois “a inspeção nacional identificou que o Judiciário tem adotado essa prática em desconformidade com o que estabelece a legislação” uma vez que essa internação pode ser utilizada como substituição de pena e, em alguma decisões, o poder público deve arcar com o custo dessas internações que, em muitos casos, não tem prazo de término estabelecido.

Nessas instituições, a privação de liberdade pode ocorrer até mesmo com as internações voluntárias, uma vez que dificultam a saída daqueles que desejam encerrar o tratamento. “Na prática, a internação - ainda que de caráter voluntário - pode vir a se caracterizar como privação de liberdade, dado que a pessoa perde o poder de decisão de encerrar o tratamento, conforme assegura a Lei 10.216/2001, art. 7º” (Idem, p.14).

Há também a denúncia dos casos de castigos, punições e indícios de torturas em algumas das instituições inspecionadas. A Lei 10.216/2001 e a Resolução 29/2011/ANVISA²⁷ proíbe castigos físicos, psicológicos ou morais à pacientes, de forma que estes sejam respeitados e tratados com humanidade no interesse único e exclusivo de beneficiar a sua saúde; e a Lei 9.455/1997²⁸ (Lei de Tortura) pode caracterizar tais condutas como tratamento cruel e, em alguns casos, como tortura.

Em 16 dos locais inspecionados foram identificadas práticas de castigo e punição a internos. Essas sanções variam entre a obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) - todas elas podem ser caracterizadas como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante, de acordo com a legislação brasileira. (Idem, p. 14).

A violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual também se faz presente em algumas das instituições inspecionadas, justificada pelo fato das CTs serem comumente de viés religioso e prometerem “cura” através da “espiritualidade”. “Em apenas quatro das 28 das imunidades terapêuticas visitadas, é possível afirmar que não foram presenciadas ou registradas restrições à liberdade religiosa” (Idem, p.15). Muitas instituições estabelecem rotinas de oração, obrigam os internos a participar de atividades religiosas e são punidos caso se negam a participar. Quanto à diversidade sexual, “em ao menos 14 das 28 instituições visitadas, não há respeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero”, os internos são reprimidos, considerados problemáticos e associados ao “pecado”. A Constituição Federal de 1988 defende a liberdade de crença e a Lei 10.216/2001 prevê o tratamento sem discriminação religiosa, dessa forma, ao impor atividades de caráter religioso sob punição, a laicidade do Estado e o direito à liberdade religiosa são feridos.

O trabalho forçado e sem remuneração, chamado de laborterapia, também foi uma das violações identificadas na maioria das CTs. O trabalho seria uma ferramenta de disciplina, os internos costumam realizar serviços de limpeza e manutenção da instituição, preparação de alimentos e várias outras atividades, “práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão” e aplicação de castigos e punições caso se neguem a fazer tais atividades. Esta

²⁷ A RDC 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre as boas práticas de funcionamento de dispositivos de saúde, estabelecendo requisitos que garantem segurança e qualidade no atendimento aos pacientes.

²⁸ Lei nº 9.455/1997 “Dispõe sobre os crimes de tortura, definindo-os como ‘qualquer ato pelo qual alguém, mediante violência ou grave ameaça, causa sofrimento físico ou mental a outrem com o fim de obter informação, declaração ou confissão, punir, intimidar ou discriminar’ e estabelece as penas correspondentes”. Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr. 1997.

prática é condenada pela Lei 10.216/2001, a CF/88 proíbe o trabalho forçado e a “laborterapia” sem remuneração, pode ser configurada como trabalho análogo à escravidão pelo art. 149 do Código Penal.

A Inspeção Nacional também identificou a “internação de adolescentes em 11 das comunidades terapêuticas visitadas”. Havia crianças e adolescentes acompanhando suas mães que estavam internadas, e até mesmo a identificação de uma criança de 11 anos internada por decisão judicial e a constatação que adultos e adolescentes não são separados nos alojamentos. De acordo com a Portaria 3.088/2011/MS, as CTs só podem acolher adultos; manter internos menores de idade fere várias diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Internar menores de idade pode configurar medida socioeducativa irregular e risco à integridade.

Tais práticas identificadas em muitas CTs mostram que estas instituições atuam na lógica manicomial, com caráter punitivo e confessional, violando direitos humanos e a legislação nacional. Todas essas violações reforçam a inadequação dessas instituições como dispositivos de cuidado em saúde mental e atenção aos usuários de álcool e outras drogas e perpetuam um modelo incompatível com a Reforma Psiquiátrica e estratégia de Redução de Danos, liberdade e cidadania.

2.2 O trabalho do assistente social com usuários de álcool e outras drogas

Na discussão feita até o momento apresentamos: as substâncias psicoativas; o uso das mesmas; como os valores que elas assumem na sociedade capitalista variam de acordo com a sociedade; o tempo e as formas de uso. Dessa forma, foi analisado como a sociedade vem tratando a questão do uso das substâncias psicoativas, inicialmente, de forma proibicionista, moralizante e criminalizante e nas últimas décadas no Brasil e no mundo, o olhar sobre a questão das drogas sofreu alterações, surgindo uma abordagem antiproibicionista, pautada na estratégia de redução de danos e na saúde coletiva e mental.

Expusemos o caminho percorrido da Política Nacional Sobre Drogas e também da Política Nacional de Saúde Mental, e como estas se encontram na atualidade, de um lado tem-se a estratégia de redução de danos e o tratamento em liberdade, preconizados pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad e, de outro, as Comunidades

Terapêuticas, preconizando o tratamento assentado na abstinência e no cerceamento da liberdade. Assim, diante de toda discussão feita até aqui, é possível afirmar que os CAPSad e a Redução de Danos são políticas pautadas na abordagem antiproibicionista, humanista, na defesa dos direitos do usuário e que leva em consideração os determinantes sociais do uso abusivo das substâncias psicoativas e do adoecimento mental. Contrariamente a essas políticas, temos as Comunidades Terapêuticas que representam um retrocesso na luta antiproibicionista, da Reforma Psiquiátrica e de todos os direitos das pessoas com uso prejudicial de drogas conquistados até os dias atuais.

Os tópicos a seguir abordarão o trabalho e a presença de assistentes sociais nos CAPSad, na perspectiva da Redução de Danos, e nas Comunidades Terapêuticas. Importante destacar que, mesmo trabalhando com os mesmos sujeitos, o trabalho dos assistentes sociais em cada um destes dispositivos se diferencia na abordagem e, principalmente, na conduta alinhada ou não com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

2.2.1 O assistente social no CAPSad na perspectiva da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos

O Serviço Social brasileiro surge no país na década de 1930 em resposta ao capitalismo monopolista e a necessidade do Estado de intervir nas expressões da Questão Social resultantes desse avanço capitalista, a industrialização e urbanização crescentes à época. Inicialmente a assistência era vinculada à igreja, à moral cristã e a Doutrina social da Igreja e tinha caráter assistencialista. Ou seja, era um trabalho voltado mais para a manutenção da ordem e em “ajuda”, do que na transformação social e defesa de direitos.

Com o tempo, por volta da década de 1960, a profissão se alinha a um projeto crítico, por via do Movimento de Reconceituação do Serviço Social Latino Americano (1965-1975), o que vai levar ao rompimento com suas raízes conservadoras. No Brasil, a partir de meados da década de 1970 tem-se o processo de Renovação do Serviço Social, constituído - conforme Netto por 3 vertentes: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Esta última, diferentemente das outras duas, propõe uma revisão crítica do Serviço Social a partir de sua aproximação ao marxismo. Foi, então, a partir desta vertente mais crítica que emergiu a proposta de renovação cujo objetivo era romper com o modelo tradicional, assistencialista e conservador - que marcou esta profissão desde seus primórdios - e criticava

o papel de controle social e a função moralizadora dos profissionais. Esta vertente do processo de renovação do Serviço Social brasileiro se alinhou aos movimentos sociais em defesa dos direitos e na luta contra a desigualdade. Foi nessa época que, no Brasil, houve uma renovação teórico-metodológica, com a introdução especialmente da teoria marxista, visando compreender as contradições capitalistas e a produção da “questão social”.

Contudo, como o movimento se iniciou na década de 1960, ao chegar no Brasil ele sofreu limitações por consequência da ditadura militar (1964-1985). Foi apenas na década de 1980 que o movimento obteve espaço para avançar no país, se juntando à luta pela redemocratização e na construção de um Projeto Ético-Político (PEP) alinhado com a justiça social. Concomitantemente, foi a época que se iniciava o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, como apresentado anteriormente, e o PEP alinhou a profissão à defesa dos direitos, à transformação social e à articulação com os movimentos e lutas sociais, como a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Este breve resumo histórico do surgimento e das transformações pelas quais passou o Serviço Social brasileiro e de como o PEP da profissão se alinha à luta antimanicomial mostra que as diretrizes do CAPSad e a lógica de Redução de Danos apresentam afinidades ideopolíticas com este projeto ético-político. De acordo com Leal *et al.* (2021),

O/as Assistentes Sociais que atuam com a política de redução de danos, são orientados e embasados por direitos e deveres da própria Lei de Regulamentação da profissão e do Código de Ética, devem com atenção se atentar às demandas que chegam, assumindo o compromisso com o projeto ético-político da profissão, que se trata da recusa e crítica ao conservadorismo na profissão.

A Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº8.662/1993) e o Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/1993) não falam diretamente sobre a Redução de Danos, mas ambos possuem princípios e diretrizes que se alinham indiretamente a essa abordagem no âmbito das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. A Lei de Regulamentação lista as competências e as atribuições do assistente social, e no que tange o trabalho nos CAPS, podemos destacar aquelas que podem ser realizadas neste espaço sócio-ocupacional: 1) participação na elaboração e execução de políticas de saúde; 2) a defesa de direitos e interesses de indivíduos e grupos; e 3) atuação em programas e políticas públicas voltadas à garantia de direitos sociais. Em relação ao Código de Ética, temos princípios como 1) a defesa intransigente dos direitos humanos; 2) ampliação e consolidação da cidadania; 3) compromisso com a qualidade dos serviços prestados; 4) eliminação de todas as formas de preconceito; e 5) garantia do pluralismo.

Estes pontos listados não citam diretamente a redução de danos, mas abrem espaços para que o profissional atue com a RD de forma legítima dentro das políticas de saúde mental, álcool e drogas e também garanta a dignidade, autonomia, cidadania e o cuidado sem punição aos usuários, ações que são coerentes com o PEP da profissão. Vale ressaltar que o uso prejudicial de substâncias psicoativas e seus riscos, em grande parte, são gerados pelo processo de desigualdade capitalista e a relação das drogas com o sujeito e seus valores, como já apontado anteriormente no primeiro capítulo deste trabalho. Dessa forma, visto que o assistente social tem suas atribuições e competências inseridas em qualquer campo sócio-ocupacional que tenha a presença das múltiplas expressões da questão social como seu objeto de intervenção - como a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas - a defesa da política de redução de danos e dos CAPSad se dá nesse processo.

O Serviço Social tem aderido cada vez mais sua atuação e estratégias relacionadas à redução de danos, em condicionamento da “guerra às drogas”. Então, analisa-se que o fazer profissional do/a Assistente Social na política de redução de danos tem o intuito de incorporar os pressupostos éticos, morais e políticos que embasam a atuação do projeto profissional que emerge três níveis, “trabalhar com indivíduos ou grupos, modificar o ambiente e programar mudanças na política públicas, e ao ser inserido nesta política. Assumindo um compromisso ético-político de romper com práticas que remetem ao modelo de atenção manicomial. (Leal *et al.*, 2021, p.13).

Como exposto acima, a complexidade da questão das drogas e do uso prejudicial dessas substâncias, mostra que ele não tem um caráter meramente individual e que não deve ser tratado de forma moral, mas sim social e como um problema de saúde pública determinado por vários fatores sociais. A atuação de assistentes sociais em espaços sócio-ocupacionais com usuários que fazem uso prejudicial de drogas é necessário para que houvesse uma compreensão mais crítica nas demandas do cotidiano e na defesa da estratégia de redução de danos para que esta ganhe espaço nesses lugares. Para Leal *et al.* (2021) a atuação desses profissionais na área, traz enfoque sobre a democratização do acesso às informações e direitos aos quais os pacientes nem sempre têm acesso.

Hertzog (2021) também analisa o trabalho dos assistentes sociais e sua relação com as lutas antimanicomial e antiproibicionista, baseando-se nas legislações da profissão. A autora traz ao debate o 1º princípio do Código de Ética que aborda “[...] o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (BRASIL, 2019a *apud* Hertzog, 2021). A partir deste primeiro princípio é possível entender que o Serviço Social se encontra

alinhado com a Reforma Psiquiátrica na defesa do cuidado em liberdade, com acesso à tratamento de saúde de qualidade, exercício de cidadania e contra a “guerra às drogas”.

O assistente social no CAPSad deve trabalhar acolhendo as diferentes questões da classe trabalhadora que chega no serviço e apresentar para a equipe multidisciplinar as totalidades das expressões da questão social que perpassam aquele paciente para que não apenas as demandas imediatas do ponto de vista médico de “doença-cura” sejam atendidas. Ou seja, o profissional deve reconhecer os determinantes sociais do uso prejudicial de substâncias que o paciente faz e tentar minimizar ao máximo os riscos que esse uso acarreta na vida do usuário, para que ele possa, talvez, chegar na abstinência total e trabalhar sua plena cidadania e autonomia.

[...] o trabalho de assistentes sociais na RAPS relacionado ao uso de drogas e toda sua complexidade, convida os (as) assistentes a progredirem e se respaldarem como categoria profissional, construindo um norte embasado por conceitos éticos e que vislumbrem a garantia de direitos dos (as) usuários (as). [...] Assim sendo, é preciso conhecer as determinações (objetivas e subjetivas) que levam ao uso de drogas, a diferença entre as várias drogas em face dos danos sociais e de saúde, o contexto cultural de uso e, principalmente, a multiplicidade de padrões de consumo e de motivações na relação que o indivíduo social estabelece com a droga, o que nos autoriza a tratar o consumo na sua diversidade (CFESS, 2011a *apud* Hertzog, 2021)

Outra análise feita por Hertzog (2021)., acerca do trabalho do assistente social com a perspectiva da redução, diz respeito a questão do racismo e do elitismo presente na ideologia proibicionista. Fazendo um resgate sobre o proibicionismo, pode-se afirmar que a questão das drogas é indissociável da questão étnico/racial, uma vez que o ideário proibicionista é marcado pela guerra às drogas que criminaliza “territórios específicos onde é retratado a vulnerabilidade social e a desproteção do Estado, considerado como comunidades perigosas” e potencializa “o encarceramento e morte dos (as) usuários (as) de psicoativos, caracterizando a juventude negra como principal população atingida” (Idem, 2021, p. 110).

Desta forma, assistentes sociais que trabalham nos CAPSad devem se utilizar da RD pois é estratégia que melhor dialoga com a realidade da guerra às drogas, com os estigmas, a violência que ela impõe sobre os usuários de psicoativos que chegam nos dispositivos e com os princípios do nosso Projeto ético-político e profissional, pois a RD constrói um cuidado com foco nos usuários e não somente na “droga”.

Em suma, adotar a perspectiva da redução de danos e a defesa de políticas antiproibicionistas reflete diretamente os princípios do projeto ético-político do Serviço Social, pois reconhece a autonomia dos sujeitos, a dignidade e o direito ao cuidado

humanizado. Ao se impor contra o modelo de cuidado centrado na abstinência, na internação e isolamento dos pacientes, a/o assistente social que atua no CAPSad reafirma a função emancipatória da profissão, de promoção de direitos, de resistência à ideologia proibicionista e à lógica manicomial.

Dessa forma, o Serviço Social atua de forma estratégica dentro da RAPS, seja nos dispositivos de saúde - como os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais - como também nos equipamentos de assistência social - Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), unidades de acolhimento - de forma a promover o acesso aos direitos dos pacientes, fortalecendo redes de apoio, o acompanhamento dos usuários e da família e, no caso específico da saúde mental, montando projetos terapêuticos singulares (PTS). A atuação do assistente social na RAPS se faz fundamental para efetivar a intersetorialidade da rede e garantir a inclusão e os direitos dos pacientes, respeitando sua autonomia, o cuidado digno e tratamento em liberdade, o que pressupõe que o profissional compreenda sobre a RD e o proibicionismo e as suas contradições.

Como orientação do CFESS (2012 *apud* Hertzog, 2021), os assistentes sociais devem adotar uma perspectiva crítica da realidade social e reconhecer que o uso de drogas faz parte da rotina de alguns indivíduos sociais, o que exige a compreensão das substâncias psicoativas, das formas de uso e das motivações, e os danos sociais e de saúde decorrentes do uso prejudicial.

Com isso, para o trabalho do (a) assistente social no CAPS AD faz-se necessário considerar as orientações do CFESS referentes aos posicionamentos sobre Redução de Danos e descriminalização do uso de SPA em conjunto com o código de ética profissional, que conforme o 5o princípio discorre sobre: Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (1993), considerando o aumento significativo do encarceramento de pessoas por uso, porte e tráfico de substâncias psicoativas. (Idem, p. 115).

Contudo, aqueles profissionais assistentes sociais que se encontram alinhados com a perspectiva antimanicomial e antiproibicionista, têm enfrentado desafios diante dos retrocessos nas políticas de saúde mental, álcool e drogas, como apresentado nos tópicos anteriores deste trabalho. O sucateamento da rede de atenção psicossocial e o avanço de políticas com viés manicomial nas comunidades terapêuticas, vem tensionando a prática

profissional, uma vez que a atuação de assistentes sociais nestas instituições vão contra a defesa do projeto ético político da profissão.

2.2.2 O assistente social nas comunidades terapêuticas

Como apresentado no tópico 2.1.3 “As Comunidades Terapêuticas”, essas instituições trabalham na perspectiva manicomial, proibicionista, exigindo a abstinência como condição para o tratamento. A abstinência, no âmbito do uso de substâncias psicoativas, é a interrupção total do consumo das substâncias. Nas CTs ela é tratada como o objetivo principal do tratamento. A Lei nº 13.840/2019, que alterou a Lei de Drogas de 2006, priorizou a abstinência como objetivo principal das políticas públicas de atenção à usuários de drogas, em detrimento da redução de danos.

Este retrocesso na Política Nacional Sobre Drogas foi amplamente criticado por movimentos sociais, pelas entidades da luta antimanicomial e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Historicamente, a abstinência foi idealizada como a única forma de tratamento de “cura” do uso prejudicial de drogas, influenciada pela ideologia proibicionista, moralizante e punitiva.

Antes de se tornar uma norma médica e jurídica, a abstinência era uma norma religiosa. Esse dualismo maniqueísta antes de ser operado pelo binarismo da lei (lícito e ilícito) ou pela norma médica (normal e patológico) foi operado pelo dualismo religioso (bem e mal). Estes três âmbitos de construção de práticas sobre o corpo e sobre a vida operam por polarizações. O ideal do mundo sem drogas congrega, no contemporâneo, regimes de saber-poder dentro de novas tecnologias de governo das condutas (Souza e Carvalho, 2012 *apud* Hertzog, 2021, p. 109).

Em 2014 o CFESS publicou uma nota após a minuta de resolução do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) que regulamenta as CTs. Na chamada “Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate”, o Conselho se manifestou contra as Comunidades Terapêuticas. O trecho da nota a seguir foi reafirmado pelo CFESS (2018) no Relatório de Fiscalização das CTs.

(...) Gostaríamos de reiterar nossa posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas, tendo em vista que defendemos que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado é explicitado nos documentos finais da IV Conferência

Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). (CFESS, 2014).

O CFESS, em ambos os documentos, também reafirma a concepção de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), dessa forma, é responsabilidade do Estado garantir as condições para o “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme previsto, inclusive, pela Lei nº 8.080/1990” (CFESS, 2014).

De acordo com o relatório (CFESS, 2018), no que tange a quantidade de assistentes sociais nas CTs visitadas, em quase todas tem-se apenas 1 assistente social e em nenhuma delas apresentou mais de 3 assistentes sociais em seu quadro funcional. Também verificou-se que o vínculo de trabalho é predominantemente voluntário, mas alguns profissionais são contratados temporariamente, têm vínculos informais ou são contratados como pessoa jurídica (MEI e ME). Este relatório apresenta também que duas CTs constam como sendo propriedades de assistentes sociais.

A equipe multidisciplinar na maioria das CTs é composta por psicólogos e assistentes sociais, com um número reduzido de outros profissionais, como: médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais entre outros (ao contrário das equipes dos CAPSad). Uma das atividades realizada por assistentes sociais nas CTs, como aponta o relatório, que mais evidencia uma diferença de abordagem, são atividades de cunho religioso e a laborterapia.

As atividades realizadas por assistentes sociais em CTs, expostas pelo relatório do CFESS (2018) demonstra que a presença desses profissionais nos referido dispositivos confronta-se com princípios fundamentais do Código de Ética da/o Assistente Social.

[...] o trabalho da/o assistente social se filia à defesa intransigente dos direitos humanos, da democracia, da justiça social, ao combate e enfrentamento de todas as formas de preconceito, ao respeito à diversidade e à participação de grupos socialmente discriminados. (CFESS, 2018).

Cabe ressaltar que as CTs se estruturam vinculadas à ideologia do proibicionismo, uma vez que reforçam a estratégia de abstinência como única forma de tratamento e utilizam de práticas moralizantes e repressivas em relação ao uso das substâncias psicoativas. Ao criminalizar e estigmatizar o uso e os usuários de drogas, as CTs se distanciam do entendimento de saúde e cuidado defendido pelo SUS e pelo PEP da profissão. A atuação de assistentes sociais na saúde mental exige uma postura crítica antiproibicionista e antimanicomial para estar alinhada com a ética da profissão.

Pode-se afirmar diante do exposto que o trabalho do assistente social nas comunidades terapêuticas se encontra marcado por contradições: de um lado o profissional que integra a equipe das CTs reforçam práticas de caráter moralizante, violento, segregador e violador de direitos; de outro eles também carregam com a profissão o compromisso ético de defesa intransigente dos direitos humanos e da liberdade dos sujeitos. As CTs possuem um modelo de acolhimento voltado para a abstinência, com práticas disciplinares e valores religiosos e a prática profissional do assistente social deve estar orientada pelo Projeto Ético-Político da profissão que defende a autonomia dos sujeitos, garantia dos direitos e a centralidade da dimensão social no cuidado em saúde mental. Assim, fica evidente que a presença do assistente social nestes dispositivos não caminha aliado com o projeto ético-político da profissão.

Assim, é necessário compreender os limites e as possibilidades de atuação do assistente social nas Comunidades Terapêuticas, e evidenciar os desafios que as Políticas de Saúde Mental, Álcool e Drogas ainda enfrentam no país, principalmente após os recentes retrocessos que as legislações e a luta antimanicomial vem enfrentando na última década.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As drogas estão presentes na sociedade há milhares de anos, sempre fizeram parte de ritos e do lazer. Com o passar dos anos e com o avanço do capitalismo as drogas se tornaram, nesse sistema, uma mercadoria. Dessa forma, ela gera valores e ocasiona a ideologia do proibicionismo, que foi adotado como estratégia de enfrentamento à questão das drogas.

O proibicionismo, como apresentado por Brites (2017), é uma categoria ideológica em declínio, uma vez que seu objetivo não apresenta resultado de fato, - os indivíduos continuam fazendo o uso das substâncias psicoativas, e um mundo sem drogas é um mundo utópico. Mas essa ideologia ocasionou consequências nas políticas, na forma como a questão das drogas foi e é tratada e na forma como as pessoas lidam com o uso prejudicial de drogas. Então, diante do exposto, percebe-se que o proibicionismo influenciou as políticas públicas, as políticas sobre de drogas, as políticas de saúde, de saúde mental e a política penal.

Em consequência ao proibicionismo, o uso de drogas já foi criminalizado, penalizado, e começou a ser visto na visão médica na forma de “doença-cura”. O trabalho demonstrou que, com o passar dos anos, ao perceber que o proibicionismo era falho, outras estratégias e formas de olhar a questão das drogas passaram a ser pensadas, como exemplo a estratégia de

redução de danos. Juntamente com a redução de danos, o debate da saúde mental e da reforma psiquiátrica surgiu e dessa forma, a questão das drogas passou a ser enquadrada no cuidado da saúde mental. E, de acordo com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, as questões de saúde mental começaram a ser tratadas nos modelos substitutivos aos manicômios, visando a humanização do tratamento, a garantia de direitos dos pacientes, com base nos direitos humanos e no reconhecimento e ampliação da cidadania desses sujeitos .

Assim, surgiram, com a reforma psiquiátrica brasileira e a aprovação de uma nova política de saúde mental, no ano de 2001, os modelos substitutivos aos manicômios, como os CAPSad, por exemplo. Contudo, na contramão dessas políticas, principalmente com o avanço do neoliberalismo e do conservadorismo no Brasil, principalmente após 2016, com o golpe contra a ex-presidente Dilma Rousseff, ocorreram mudanças na legislação brasileira sobre as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e o proibicionismo voltou a rondar essas políticas.

Dessa forma, o tratamento em abstinência e com isolamento social, oferecido pelas CTs voltou a ser regulamentado, indo contra o que defende a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Neste contexto, as comunidades terapêuticas, instituições privadas que atuam de forma asilar, começaram a se espalhar pelo Brasil e ganhar financiamento público. Contudo, conforme demonstramos neste trabalho, as CTs têm se apresentado como instituições que mais violam do que garantem direitos

As/os assistentes sociais, como profissionais que trabalham com usuários de drogas, geralmente se encontram presentes nestes dois dispositivos, mas de forma contraditória pois um dispositivo se encontra alinhado com o projeto ético político da profissão e o outro não, uma vez que viola os direitos. Assim reiteramos que a atuação de assistentes sociais deve se dar alinhada ao PEP, ao código de ética, à lei de regulamentação da profissão, à política antiproibicionista e à luta antimanicomial.

Na série de cartilhas “Assistente social no combate ao preconceito: o estigma do uso de drogas”, o CFESS (2016) afirma o exposto neste trabalho de que assistentes sociais são profissionais qualificados para atuar no que tange a questão das drogas e, como profissionais que atuam em espaços onde se tem a presença de pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas, a prática profissional deve contribuir na superação dos preconceitos e de perspectivas moralizantes, na direção da construção de práticas antiproibicionistas e antimanicomiais.

Integrando distintos processos de trabalho, o/a assistente social é um/a dos/as profissionais com competência para formular análises fundamentadas e responder, de forma qualificada e na perspectiva dos direitos, às necessidades apresentadas pelas/os usuárias/os das diferentes políticas sociais. O fenômeno do consumo de psicoativos pode se configurar como conteúdo transversal que incide sobre demandas, requisições ou normas institucionais cotidianas, das quais a/o assistente social participa. Por isso, independentemente da área de atuação profissional, cabe à/ao assistente social contribuir com a superação de preconceitos e de perspectivas moralizantes, que contribuem para a violação de direitos das/os usuárias/os de psicoativos (CFESS, 2016).

É igualmente possível afirmar, conforme defendido pelo CFESS (2018), que a atuação de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas pode se chocar com os princípios ético-políticos do Serviço Social brasileiro e cabe ao conjunto CFESS-CRESS o debate sobre a inserção de assistentes sociais nesses espaços.

Conclui-se que esses elementos registrados exigem uma análise crítica, com vistas à garantia dos princípios éticos profissionais, pois o trabalho da/o assistente se filia à defesa intransigente dos direitos humanos, da democracia, da justiça social, ao combate e enfrentamento de todas as formas de preconceito, ao respeito à diversidade e à participação de grupos socialmente discriminados (CFESS, 2018).

Este trabalho de conclusão de curso objetivou mostrar o trabalho de assistentes sociais na saúde mental com usuários que fazem o uso de álcool e outras drogas, tanto na perspectiva da reforma psiquiátrica e da redução de danos presentes nos CAPSad, como na perspectiva proibicionista e manicomial presente nas comunidades terapêuticas. Após o exposto, evidenciou-se a diferença do cuidado aos usuários de drogas e no exercício profissional das/os assistentes sociais que atuam nas CTs em relação aos CAPSad, o que reforça a necessidade de uma análise crítica da categoria sobre a atuação desses profissionais nesses espaços.

Referências bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm. Acesso em: 5 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 maio 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para a organização da assistência hospitalar e extra-hospitalar em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1992/prt0224_29_01_1992.html. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRITES, Cristina. Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Cortez, 2017.

BRITES, Cristina. Redução de danos, política de drogas e Serviço Social: uma análise crítica da atuação profissional. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CARDOSO, Antonio José Costa; TRINO, Alexandre; PEDRA, Marcelo; MEDEIROS, Pollyanna Pimentel de. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 8, n. 1, p. 57-63, mar. 2014.

CARNEIRO, Henrique. Drogas: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo: Conectas; CEBRAP, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacoes>. Acesso em: 11 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (MNPCT); PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO / MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (PFDC/MPF). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, 28 nov. 2014. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Serviço social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil. Brasília: CFESS, 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. O estigma do uso de drogas. Série Assistente Social no combate ao preconceito – caderno 2. Brasília: CFESS, 2014. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Da lógica manicomial à rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos; ANDRADE, Marcelo Magalhães; FILHO, Antonio Nery (Org.). Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p. 139-153.

ESPÍNDOLA, L. F. G. Redução de danos: uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas CAPS-AD. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FERRUGEM, Daniela. Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. Novos Estudos Cebrap, n. 92, p. 9-24, mar. 2012.

HERTZOG, Raquel Oliveira. Drogadição, sociedade e políticas públicas: uma análise crítica. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 137, p. 61-77, jan./abr. 2021.

LEAL, Dielly Nataline da Costa; MARINHO, Thayane Rayane Trindade; MARTINS, Valéria dos Santos; GONÇALVES, Angélica Socorro Monteiro de Lima. Serviço Social e redução de danos: reflexões necessárias. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 17., 2021, [S.l.]. Anais... [S.l.: s.n.], 2021.

MOURA, Heline Caroline Eloi. Reforma psiquiátrica brasileira e os entraves para a superação do modelo manicomial. *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 3, p. 270-283, set./dez. 2020.

RODRIGUES, L. B. F. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SODELLI, Marcelo. Destramando o proibicionismo: a redução de danos na prevenção. In: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos; ANDRADE, Marcelo Mag. Eu alhões; FILHO, Antonio Nery (Org.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p. 125-136.