



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

ANA TEREZA CERTAIN SIMAS DE PAULA

**CONSERVADORISMO E POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL:
A PARTICIPAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” NO
DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2023

ANA TEREZA CERTAIN SIMAS DE PAULA

**CONSERVADORISMO E POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL:
A PARTICIPAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” NO
DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Maria Lucia Lopes da Silva.

BRASÍLIA

2023

ANA TEREZA CERTAIN SIMAS DE PAULA - 17/0099288

**CONSERVADORISMO E POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL:
A PARTICIPAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” NO
DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Maria Lucia Lopes da Silva.

Trabalho aprovado em Brasília, 13 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

Dra. Maria Lucia Lopes da Silva
Orientadora

Ms. Taise Cristina Gomes Clementino de Negreiros
Membro Interno

Ms. Kim Taiuara Chavarria Brochardt
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais, Tereza e Adriano, e aos meus irmãos, Luiz Eduardo e Oswaldo, pelo amor incondicional.

Agradeço especialmente às queridas Giovana, Giovanna, Bruna, Renata, Juliana, Manuela, Isabela, e ao Athos Vinícius, pelo afeto e apoio fundamentais na minha vida.

A todos os meus amigos.

Aos meus professores e colegas durante o percurso da graduação, pelas trocas e ensinamentos.

À Universidade de Brasília (UnB).

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Concurso tem como objetivo identificar expressões manifestas do conservadorismo no programa “Crack, é possível vencer”, a partir do trabalho das comunidades terapêuticas, com ênfase na realidade do Distrito Federal. A orientação metodológica da pesquisa foi o “materialismo histórico-dialético”, para compreensão dos determinantes que perpassam o fenômeno investigado. Os procedimentos adotados foram uma revisão bibliográfica especializada; pesquisa documental em legislações no campo da Saúde Mental e da Política de Drogas no Brasil; levantamento em sites oficiais de órgãos públicos envolvidos na implementação do programa e formulário complementar de dados e informações enviado às comunidades terapêuticas do Distrito Federal. O resultado da pesquisa foi organizado em três capítulos: (1) “A Reforma Psiquiátrica e os paradoxos da instituição da política de saúde mental no Brasil”, realizando-se um resgate histórico sobre o desenvolvimento da luta antimanicomial do Brasil e a compreensão da relação entre a questão das drogas e o campo da saúde mental; (2) “A interferência do conservadorismo nas políticas públicas no Brasil: o exemplo do programa ‘Crack, é possível vencer’ e o envolvimento das comunidades terapêuticas”, analisando-se o desenvolvimento das políticas sociais no sistema capitalista, a incidência do conservadorismo no cenário brasileiro, as suas implicações para o campo da saúde mental e discorre-se sobre os atravessamentos entre o campo da religião e o tratamento de usuários de drogas historicamente e (3) “O trabalho das comunidades terapêuticas no programa “Crack, é possível vencer”, ênfase no Distrito Federal”, explicando-se os eixos do programa “Crack é possível vencer” e o seu desenvolvimento na realidade do Distrito Federal. Os resultados encontrados apontam para a falta de transparência de informações sobre o programa na esfera federal e distrital e para o entendimento do financiamento público das comunidades terapêuticas como uma manifestação do processo de “Contrarreforma Psiquiátrica” desenvolvido no cenário brasileiro na última década, como um retrocesso aos direitos conquistados com a regulamentação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e da luta antimanicomial.

Palavras-chave: Programa Crack, é possível vencer. Política de Drogas. Conservadorismo. Comunidades Terapêuticas. Saúde Mental.

ABSTRACT

This Final Paper aims to identify manifest expressions of conservatism in the "Crack, it is possible to win" program, from the work of therapeutic communities, with emphasis on the reality of the Federal District. The methodological orientation of the research was "dialectical historical materialism", to understand the determinants that permeate the investigated phenomenon. The procedures adopted were a specialized bibliographic review; documentary research in legislation in the field of Mental Health and Drug Policy in Brazil; form sent on official sites of public agencies involved in the implementation of the program and complementary form of data and information sent to therapeutic communities in the Federal District. The result of the research was organized in three chapters: (1) "The Psychiatric Reform and the Paradoxes of the Institution of Mental Health Policy in Brazil," performing a historical review of the development of the anti-asylum movement in Brazil and the understanding of the relationship between the issue of drugs and the field of mental health; (2) "The interference of conservatism in public policies in Brazil: the example of the 'Crack, it is possible to win' program and the involvement of therapeutic communities", analyzing the development of social policies in the capitalist system, the incidence of conservatism in the Brazilian scenario, its implications for the field of mental health and discusses the crossings between the field of religion and the treatment of drug users historically and (3) "The work of therapeutic communities in the "Crack, it is possible to win" program, emphasis on the Federal District", explaining the axes of the "Crack, it is possible to win" program and its development in the reality of the Federal District. The results found point to the lack of transparency of information about the program in the federal and district spheres and to the understanding of the public funding of therapeutic communities as a manifestation of the process of "Psychiatric Counter Reform" developed in the Brazilian scenario in the last decade, as a setback to the rights won with the regulation of Law No. 10,216 of April 6, 2001 and the anti-asylum movement.

Keywords: Crack is possible to win. Drug Policy. Conservatism. Therapeutic Communities. Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

AA – Irmandade de Alcoólicos Anônimos
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
CONEN – Conselho de Política sobre Drogas
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecente
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CT – Comunidade Terapêutica
DF – Distrito Federal
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA – Estados Unidos da América
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas
FUNPAD – Fundo Antidrogas do Distrito Federal
GDF – Governo do Distrito Federal
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IC – Internação Compulsória
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LD – Lei sobre Drogas
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização não governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

SEJUS – Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS PARADOXOS DA INSTITUIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	15
1.1 A Reforma Psiquiátrica e os Ganhos Alcançados no Brasil	15
1.2 Relação entre a Política de Saúde Mental e a Política de Drogas	21
1.3 Paradoxos Recentes no Desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Brasil – Contrarreforma em Curso	31
CAPÍTULO II - A INTERFERÊNCIA DO CONSERVADORISMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: O EXEMPLO DO PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” E O ENVOLVIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	42
2.1 Políticas Sociais e seu Desenvolvimento no Capitalismo	42
2.2 Conservadorismo e Política Pública, ênfase no programa “Crack, É Possível Vencer”	49
2.3 O Surgimento e o Desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil	57
CAPÍTULO III - O TRABALHO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO PROGRAMA CRACK É POSSÍVEL VENCER, ÊNFASE NO DISTRITO FEDERAL	67
3.1 Desenvolvimento do Programa “Crack, É Possível Vencer” no Brasil	67
3.2 Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal e o Programa “Crack, É Possível Vencer”	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
ANEXO A – Formulário complementar enviado para as Comunidades Terapêuticas de Brasília-DF	93
REFERÊNCIAS	94

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um requisito parcial, porém indispensável, para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília. O tema envolve saúde mental, avanço do conservadorismo e política de drogas no Brasil, tendo como unidade principal de análise o trabalho das comunidades terapêuticas do Distrito Federal no programa “Crack, é possível vencer”. A pesquisa realizada é de natureza documental, diante dos limites impostos pela pandemia, como a redução do semestre acadêmico para 90 dias. O esforço foi empreendido para articular o debate recente sobre saúde mental no Brasil e a retração de direitos em um contexto de avanço da extrema direita e do conservadorismo refletido nas políticas sociais.

Apesar das transformações no cenário brasileiro, a partir da década de 1970, devido à mobilização da sociedade em defesa dos direitos da população em sofrimento psíquico, configurando o chamado movimento da “Reforma Psiquiátrica” (GOMES, 2013), que alcançou conquistas significativas, como uma regulação avançada, pondo fim nos tratamentos manicomiais, nos últimos anos é possível observar no campo político do país o crescimento do conservadorismo, que se manifesta também na regressão de direitos conquistados. Tal processo vem sendo denominado por alguns autores como “Contrarreforma Psiquiátrica” (LIMA, 2019; COSTA; MENDES, 2020).

Algumas expressões desse processo de “contrarreforma” foram: em 2015, com a indicação para coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de um homem¹ reconhecido por sua perspectiva congruente a uma lógica manicomial; em 2017, a aprovação legislativa das “novas diretrizes”, documento também incluído na Nota Técnica nº 11 de 2019, que reforça a inserção de hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial; em 2019, o enfoque no tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTs) e a criação de ambulatórios especializados, enquanto houve a redução de investimento estatal na atenção primária e, no mesmo ano, o estabelecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da Lei sobre Drogas (LD) (LIMA, 2019; COSTA; MENDES, 2020).

¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. Rio de Janeiro, 14 dez. 2015. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmads/15248/>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

Somado a isso, atualmente é perceptível a ocupação político-religiosa no Congresso Nacional, com parlamentares de diferentes trajetórias políticas, e a tomada de decisões que confluem para uma agenda conservadora moral, ao responsabilizar “famílias” por funções estatais, favoráveis ao setor privado, e apoiar o empreendedorismo, assim como medidas punitivas no campo da segurança pública (ALMEIDA, 2017). Esse cenário de acirramento do conservadorismo mobilizou o questionamento sobre o impacto desse fenômeno para o campo das políticas públicas, como o caso da política de drogas no Brasil e o estabelecimento de tratamento dos usuários em comunidades terapêuticas.

Quanto às Comunidades Terapêuticas (CTs), foi determinada a sua incorporação pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. Vasconcelos (2019) pontua que os interesses de lideranças católicas e evangélicas, que ocupavam cargos estratégicos na Câmara dos Deputados, foram significativos para essa decisão da Coordenação de Saúde, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, no período. Essas comunidades propõem-se a servir como um local de tratamento para pessoas que fazem uso de drogas e, em 2011, foi estabelecido o financiamento em nível federal, por meio do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Plano Crack)” (IPEA, 2017, p.9), devido a representação veiculada de que existia uma “epidemia de crack” no país (IPEA, 2017, p.9).

A respeito dos recursos para a manutenção das CTs, nos últimos anos houve uma priorização de investimento estatal nas comunidades, em comparação a outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para maior elucidação, o programa Fantástico da Rede Globo de Televisão², exibido em 19 de junho de 2022, apresentou nessa edição a comparação de recursos investidos em programas sociais diferentes: “Em 2019, somente do Ministério da Cidadania, que é o responsável pelo programa de comunidades terapêuticas, saíram mais de R\$ 81 milhões. E, em 2021, o valor chegou a R\$ 134 milhões, um aumento de 65%.” (FANTÁSTICO, 2022). Já para o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD), houve um acréscimo de apenas 11% (FANTÁSTICO, 2022).

Nesse sentido, percebe-se um crescimento de projetos viabilizados por comunidades terapêuticas de cunho religioso em detrimento de programas sociais de saúde mental, que por

² FANTÁSTICO. Comunidades terapêuticas têm recebido cada vez mais dinheiro público, repassado por municípios, estados e pela União. **G1**. Fantástico. Rio de Janeiro, 20 jun. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/google/amp/fantastico/noticia/2022/06/20/comunidades-terapeuticas-tem-recebido-cada-vez-mais-dinheiro-publico-repassado-por-municipios-estados-e-pela-uniao.ghtml>>. Acesso em: 28 nov. 2022

sua vez apresentam uma perspectiva coerente com a reforma psiquiátrica realizada no país, cuja expressão maior é a Lei Paulo Delgado, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Diante do exposto, são alarmantes os dados apresentados por Fantástico³ (2022), evidenciando situações de ataque aos direitos humanos nas CTs brasileiras, casos de violências física e psicológica perpetradas às pessoas durante o “tratamento”, tais como privação de alimentos e discriminação da orientação sexual.

Por isso, a pergunta investigativa que orientou a pesquisa foi: “De que modo o conservadorismo se manifesta no trabalho das comunidades terapêuticas, tendo como referência de análise o programa ‘Crack, É possível vencer?’”

A partir dessa questão, o objetivo geral da pesquisa foi identificar expressões manifestas do conservadorismo no programa “Crack, É possível vencer”. A este objetivo, outros, os específicos, se seguiram: (1) discutir sobre a incidência da perspectiva conservadora sobre a questão das drogas no cenário brasileiro, a partir da análise de legislações voltadas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas; (2) realizar o mapeamento e descrever o modelo de trabalho adotado pelas comunidades terapêuticas (CTs) em atividade no Distrito Federal vinculadas ao programa “Crack, É possível vencer”.

Nesse sentido, foi utilizada a perspectiva metodológica do materialismo histórico-dialético, dado o seu potencial para favorecer a compreensão da totalidade do fenômeno, as imbricações entre o Estado e as comunidades terapêuticas, sob a ótica da crítica acerca da responsabilidade estatal de assegurar o acesso da população às políticas sociais, inclusive aquelas atinentes à saúde mental e uso de álcool e outras drogas.

O materialismo histórico-dialético difere-se de outros métodos, como o positivista, e de correntes, como o pós-modernismo, visto que no método marxista não há uma “separação” entre o pesquisador e o processo de pesquisa, em busca de uma suposta neutralidade, e a investigação também não possui enfoque em um fenômeno abstrato, mas na realidade objetiva (NETTO, 2011). Ainda, o aspecto teórico e metodológico não estão dicotomizados, visto que “o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência visa alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2011, p.21).

Assim, o método marxista envolve a busca pela identificação dos múltiplos determinantes que possibilitam a compreensão de um fenômeno em sua totalidade. Isso se dá a partir do processo realizado pelo pesquisador de, fundamentado em seus referenciais teóricos, desvelar no plano mental os elementos paradoxais que perpassam aquele objeto de estudo concreto, as contradições do que à primeira vista aparece como “congruente”, para assim chegar a sua “essência” (NETTO, 2011).

³ Ibidem.

Nessa perspectiva, a técnica adotada neste trabalho é a pesquisa documental, a qual se caracteriza fundamentalmente pela investigação estar apoiada em variadas fontes de informação que geralmente não tiveram previamente “nenhum tratamento analítico” (GIL, 2002, p.46), a exemplo do texto de legislações. Sua pertinência está na validação das fontes ao longo do tempo, o baixo custo, e o fato de não ter participação de seres humanos na pesquisa, o que implicaria condições específicas para o processo (GIL, 2002).

Sendo assim, a partir das orientações em Minayo (2002) sobre o processo da pesquisa social qualitativa, os procedimentos adotados foram estruturados em três fases. Na primeira etapa, a “fase exploratória da pesquisa” (MINAYO, 2002, p.26), foi redigida a atualização bibliográfica a partir dos livros e periódicos da área do Serviço Social e da literatura das ciências sociais acerca de conceitos e categorias essenciais da temática do projeto, tais como “conservadorismo”, “política pública”, “comunidades terapêuticas” e “reforma psiquiátrica”.

Na segunda fase, o “trabalho de campo” (MINAYO, 2002, p.26), foi realizada a análise de documentos públicos de legislações no campo da Saúde Mental, como a Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), a Política de Drogas no Brasil, para analisar as diretrizes do tratamento em saúde mental no Brasil e identificar expressões do conservadorismo no programa “Crack, é possível vencer”. Ainda na segunda fase, realizou-se levantamento em sites oficiais, como o do Governo do Distrito Federal, do Governo Federal e de veículos de notícia do Distrito Federal, como o Correio Braziliense, para mapear e coletar informações sobre a forma de organização das CTs em atividade na região e, complementarmente, enviou-se um formulário para as comunidades terapêuticas do Distrito Federal (DF).

A terceira etapa, “o tratamento do material recolhido no campo” (MINAYO, 2002, p.26), consistiu na “organização” e “classificação” do material coletado no “campo”, para então ser analisado com base nos referenciais teóricos fundamentais da temática e dos princípios metodológicos do materialismo histórico-dialético (MINAYO, 2002).

Vale ressaltar que a escolha por esse tema partiu de justificativas de cunho pessoal e acadêmico, que de certa forma se imbricavam.

Na experiência pessoal acadêmica, o interesse pela temática deste estudo surgiu do fato de estar cursando duas graduações simultaneamente, Serviço Social e Psicologia. Associado a isso, no semestre de elaboração do projeto, o exercício como monitora da disciplina “Direitos Humanos”, com enfoque nas relações e impasses entre religião e política contemporaneamente, possibilitou o contato com referenciais teóricos-conceituais que problematizam o conservadorismo no campo das políticas públicas no cenário brasileiro, provocando questionamentos sobre esse problema no campo da Saúde Mental.

Ainda na dimensão acadêmica, o trabalho justifica-se por tratar de tema relevante para o curso de Serviço Social, por ser uma profissão comprometida com o acesso da população aos direitos sociais, tal como à saúde; e por ter, nos seus princípios éticos orientadores, a defesa da democracia e dos direitos humanos. Além disso, a partir de um levantamento bibliográfico, foi possível observar que é uma temática recente, e o Serviço Social possui uma produção científica escassa sobre o campo da saúde mental, o que fomentou a busca para contribuir com esse debate na área.

Outro aspecto é o nível de adoecimento psíquico atualmente, entendendo a relação entre a questão das drogas e a saúde pública, e a intensificação de sofrimento psíquico durante esse período da pandemia do Covid-19, que estamos vivenciando. Analisando dados do ano subsequente ao início da pandemia, o documento *World mental health report: transforming mental health for all* estimou “um aumento de 28% e 26% de casos de transtorno depressivo maior e de transtorno de ansiedade, respectivamente, em um ano” (OMS, 2022, p.42, tradução livre).

Ademais, este trabalho visou contribuir para a sociedade em geral, subsidiando uma análise crítica sobre o trabalho das comunidades terapêuticas brasileiras, visto que têm sido veiculadas pelos portais de comunicação (FANTÁSTICO, 2022; LEVY, 2020) violações de direitos que ocorrem nesses espaços. Pretende-se aqui esclarecer sobre essa questão de interesse público, considerando o investimento do Estado nessas comunidades em detrimento de outros serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS).

Posto isso, além desta introdução, este trabalho está organizado em três capítulos: Capítulo 1: A Reforma Psiquiátrica e os paradoxos da instituição e implementação da Política de Saúde Mental no Brasil; Capítulo 2: A interferência do conservadorismo nas políticas públicas no Brasil: o exemplo do programa Crack é possível vencer e o envolvimento das comunidades terapêuticas; e Capítulo 3: A participação das comunidades terapêuticas na implementação do programa Crack é possível vencer, ênfase no Distrito Federal. Ao final, o texto apresenta as Considerações Finais, bem como as Referências.

CAPÍTULO I - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS PARADOXOS DA INSTITUIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

1.1 A Reforma Psiquiátrica e os Ganhos Alcançados no Brasil

Previamente à discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário explicitar a concepção de saúde mental de Martín-Baró, na qual esta pesquisa fundamentou-se. Compreende-se que não existe uma definição unívoca sobre “Saúde Mental”, e a de Martín-Baró se diferencia em relação aos significados comumente atribuídos, por ultrapassar concepções que reduzem esse processo complexo a algo apenas “individual”, como o pressuposto de que a pessoa é saudável por não ter um determinado diagnóstico. Assim, pensar em saúde mental para Martín-Baró pressupõe contemplar as condições materiais da vida da pessoa, os recursos a que ela tem acesso, e também a relação entre as pessoas em um determinado período histórico. O que não significa ignorar a subjetividade da pessoa, mas integrá-la nesse contexto mais amplo da sociedade capitalista. Diante disso, buscou-se analisar os fenômenos dessa pesquisa, considerando as dinâmicas societárias e as suas implicações para se pensar de forma crítica e compromissada a saúde mental da população brasileira e o consumo de drogas na atualidade (COSTA; MENDES, 2021).

Posto esse primeiro esclarecimento, faz-se necessário discorrer historicamente sobre o fenômeno da “loucura”.

A “loucura” não surgiu na “modernidade”, apesar de ter se desenvolvido um tipo de relação específica com ela neste período, por ter se transformado em uma “doença mental”. Essa transformação do significado da loucura socialmente é descrita por Amarante (1998), citando o período da idade média, em que os indivíduos “loucos” ainda tinham um lugar no espaço social, compreendidos como “[...] alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária” (AMARANTE, 1998, p.23); como também citou a expressão “O Grande Enclausuramento”, em que houve a segregação das pessoas “loucas” por serem “irracionais”. É importante ressaltar que a reclusão da idade clássica não foi destinada particularmente às pessoas “loucas”, outros indivíduos foram presos, como os que não trabalhavam, por também serem percebidos como um incômodo para o princípio moral do período: a “ética do trabalho” (AMARANTE, 1998, p. 24).

Assim, a especificidade da modernidade está no fato de a “loucura” ter virado interesse da psiquiatria clássica que, por meio de critérios científicos, inaugurou a necessidade da

construção de um novo espaço para o “doente mental”, o manicômio, ambiente segregado da população e com função de tratamento para a patologia (AMARANTE, 1998). Associado a isso, o que subsidiou a reclusão e a sujeição dos indivíduos ao tratamento foi a “periculosidade”, ideia de que o doente mental implica em uma ameaça à sociedade. Para melhor elucidação, Amarante (1998) descreve quanto a esse processo:

O cruzamento entre medicina e justiça caracteriza o processo de instituição da doença mental através do mecanismo descrito por Denise Dias Barros, baseada em Michel Foucault: ‘A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata’ (Barros, 1994:34). A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade (AMARANTE, 1998, pp. 24-25).

Diante disso, a lógica manicomial para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico predominou nos países ocidentais, sem ruptura, até a década de 1950. Na lógica manicomial, o tratamento da saúde mental era influenciado pelo contexto da Revolução Francesa, pautado no “Alienismo”, corrente de pensamento que fundamentava a reclusão e meios para imposição da “racionalidade” às pessoas consideradas “loucas”. Reduzidas a uma noção de “doença”, somente a partir deste “tratamento” poderiam retornar ao convívio social e recuperar sua cidadania. As consequências disso foram inúmeras violações sofridas nos manicômios, o agravamento dos casos e a exclusão social sofrida por essas pessoas que não tinha previsão para acabar (BARROSO; SILVA, 2011).

A partir da constatação desse processo cruel que é a institucionalização de pessoas, surgiram globalmente na década de 1950 uma série de experiências políticas e sociais questionando esta forma de “tratamento” (BARROSO; SILVA, 2011). E essas experiências podem ser sintetizadas a partir do conceito de “Reforma Psiquiátrica”: “[...] um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995 *apud* KYRILLOS NETO, 2003, p.74).

Vale discorrer brevemente sobre o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica. Baseando-se em Amarante (2007), tendo em vista as duas Guerras Mundiais, houve uma maior preocupação social no período com questões relativas à humanidade, como a dignidade humana, sendo isso um determinante para a emergência do debate da Reforma. Isto é, para a indignação da sociedade quanto às condições degradantes a que as pessoas internadas nos manicômios eram submetidas, similares às presas em campos de concentração.

Para mais, Amarante (2007) sintetiza as experiências da Reforma Psiquiátrica nos diferentes países em “dois grupos mais um”:

O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional [...] O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva [...]. No 'outro' grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais (AMARANTE, 2007, p. 41).

A partir do trecho citado, Amarante (2007) pontua que o primeiro grupo se caracterizou por almejar uma transformação interna dos manicômios visando uma melhoria do espaço; o segundo problematizou a própria forma de organização das instituições manicomiais buscando seu desmantelamento gradual e, ao mesmo tempo, incorporando outras formas de assistência psiquiátrica. Já o terceiro era crítico ao próprio campo do saber da psiquiatria e visou uma ruptura com ela e com as instituições manicomiais.

Para melhor compreensão sobre o processo de reforma psiquiátrica, é pertinente também diferenciar as noções de “desinstitucionalização” e “desospitalização”, nas palavras de Amarante (1998):

[...] na medida em que desospitalizar, significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (AMARANTE, 1998, p.49).

Nessa perspectiva, dentre as experiências internacionais com a proposta de desinstitucionalização, destaca-se a da “tradição basagliana”, em meados de 1960. De acordo com Amarante (1998), a proposta de Franco Basaglia foi inovadora por romper com o paradigma de tratamento da psiquiatria, e as propostas reformistas da instituição, haja vista que sustentam uma forma de tratamento baseado na exclusão, tanto do “louco” da participação social, pelo enquadramento da pessoa em sofrimento a ideia de “periculosidade”, como também do próprio processo de tratamento, no qual o médico ignora os aspectos que humanizam o indivíduo, sua autonomia, privilegiando os sintomas, como pode ser sintetizado na seguinte citação: a “psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (BASAGLIA 1979:57 *apud* AMARANTE, 1998, p.46).

Amarante (1998) descreve que Basaglia partiu da tentativa de melhoria do manicômio que trabalhava, orientando-se pela proposta inglesa de comunidades terapêuticas, tensionando a organização do tratamento naquele espaço para, posteriormente, ultrapassar essa proposta inicial, no sentido da desinstitucionalização. Assim, agiu coletivamente e na contramão do modelo manicomial ao estabelecer uma forma de cuidado que promove a autonomia e a

integração das pessoas em sofrimento na sociedade, como expresso na época a partir da construção de espaços de moradia na cidade, a construção de cooperativas de trabalho, entre outros dispositivos.

No tocante à Reforma Psiquiátrica brasileira, este processo iniciou na década de 1970 e deve ser compreendido em sua profundidade, considerando a influência do cenário nacional e internacional do período (BRASIL, 2005). Nacionalmente, ocorreu a Reforma Sanitária, havendo movimentos coletivos lutando a favor do direito à saúde, visando a: “defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2005, p.6). Internacionalmente, como já pontuado, a mobilização social foi para romper com as violências das instituições manicomiais, qual seja, na Itália, com Franco Basaglia (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica e desenvolvimento da atenção psicossocial no Brasil são caracterizados por se inspirarem nessas experiências internacionais e reconhecidos pelo grande envolvimento da coletividade nesse processo de construção de outra forma de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2007). Associado a isso, a Reforma não se limitou apenas às mudanças formais nas legislações, mas envolveu o conjunto da sociedade, as esferas governamentais, as instituições sociais, a moralidade e princípios que orientam as relações na comunidade (BRASIL, 2005). Portanto, diante dessa complexidade, a materialização da Reforma é permeada por conflitos.

Complementando essa idéia, essa transformação social para a forma de enxergar a loucura na sociedade brasileira também não se tratou apenas da incorporação de novos dispositivos de saúde, sendo outros fatores determinantes para essa mudança, como “o estímulo à participação social na construção das políticas” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2070), com a atuação da sociedade nos eventos públicos, como as conferências da área, e da pressão social por direitos na época (AMARANTE; NUNES, 2018).

Ainda sobre o desenvolvimento da atenção psicossocial no Brasil, Amarante e Nunes (2018) mencionam o marco para o campo da psiquiatria da “Crise da DINSAM”, situação que ocorreu na Bahia na década de 1970 e causou impacto nacional. À época, estudantes e profissionais da saúde elaboraram uma carta para o Ministério da Saúde, em revolta às violências que presenciaram nos hospitais psiquiátricos, seus espaços de trabalho. No ano de 1978 também surgiu o “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)”, grupo que lutou para a construção de uma outra forma de cuidado no campo da psiquiatria, participando e/ou organizando eventos nacionais importantes para a causa, como: “Comissões de Saúde

Mental”, o “I Congresso de Saúde Mental” e “II Congresso Nacional” e a “I Conferência Nacional de Saúde Mental” na “8ª Conferência Nacional de Saúde”.

Cabe ressaltar que somente com o “II Congresso Nacional” houve a conformação do MTSM como um movimento social, envolvendo a participação de mais atores sociais além dos próprios trabalhadores da saúde e pessoas em sofrimento mental junto às suas respectivas famílias. Outra mudança importante neste evento é a nova direção da luta adotada pelo movimento, formando o “Movimento da Luta Antimanicomial (MLA)”. Com esta nova direção, não se buscava apenas melhorias nos valores e práticas das instituições manicomiais, mas o fim destas (AMARANTE; NUNES, 2018).

A partir do exposto, para fins elucidativos, podemos sintetizar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos: “(I) crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991); (II) começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000); e (III) a Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional Antimanicomial (2001-2005)” (BRASIL, 2005, pp.7-8).

No primeiro momento (1978-1991) houve a conformação do Movimento da Luta Antimanicomial, as primeiras ações para coibir as violações nos hospitais psiquiátricos e início da experiência com serviços substitutivos em saúde mental. Exemplos disso são o caso da fiscalização estatal realizada na Casa de Saúde Anchieta, em São Paulo, e a experiência de Santos, com a instituição de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Houve também o avanço formal da Reforma, com o encaminhamento da proposta da Lei Paulo Delgado em 1989 e, para a participação social na área da saúde, com a instituição do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005).

No segundo momento (1992-2000), Brasil (2005) menciona que ocorreram aprovações de leis em nível estadual para a implantação de serviços substitutivos aos manicômios no Brasil, embora ainda não tenha tido no período o estabelecimento regular de financiamento desses serviços e gerenciamento para a diminuição dos leitos nos manicômios. Outros dois acontecimentos importantes foram a assinatura da Declaração de Caracas e o evento da II Conferência Nacional de Saúde Mental, representando o início das regulamentações federais para os “serviços de atenção diária” e intervenções nos manicômios.

Quanto ao terceiro momento (2001-2005), houve dois marcos principais: a instituição da Lei 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado) e o evento da III Conferência Nacional de Saúde Mental. A Lei Paulo Delgado é reconhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, e consiste em suporte legal para os princípios que orientam a Reforma (BRASIL, 2005).

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 representou um grande avanço da luta antimanicomial, visto que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, para.1), sua importância está por estabelecer em seus artigos a promoção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, conferir ao Estado a responsabilidade em desenvolver a política de saúde mental e priorizar o cuidado humanizado por meio dos serviços substitutivos na comunidade, estipulando a internação como opção - e uma exceção - apenas caso esses outros recursos não tenham sido suficientes (BRASIL, 2001).

Ademais, o processo para validação da Lei 10.216/2001 é um exemplo dos conflitos de interesse que permeiam a concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A aprovação da Lei demorou doze anos desde a proposta do projeto, com alterações, e “não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (BRASIL, 2005, p.8). Apesar disso, ela ainda é representativa do processo de transformação da forma de cuidado no campo da Saúde Mental (BRASIL, 2005).

No tocante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ela foi desenvolvida em Brasília no ano de 2001, obtendo participação de 23.000 pessoas, e reforçou os princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica, atribuindo centralidade aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como recurso para a mudança no modelo de tratamento manicomial, discutindo sobre a atenção para pessoas usuárias de drogas e a importância do controle social para a consolidação da Reforma (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a partir da Lei 10.216/2001 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é notório o avanço, com amparo legal, para a transformação do modelo de tratamento no campo da Saúde Mental. No período, ocorreram redução de leitos psiquiátricos, expansão de serviços que seguiam “os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado” (CERQUEIRA CORREIA; ALMEIDA, 2017, p. 326), visando a reinserção da pessoa em sofrimento psíquico nos espaços sociais.

Para mais, a partir do processo da reforma psiquiátrica brasileira, instituiu-se o “paradigma psicossocial”, uma nova perspectiva de cuidado que contempla aspectos biopsicoculturais, compreendendo o indivíduo de forma integralizada, e não mais apenas seus sintomas, tal como era realizado no “tratamento” manicomial estipulado pela psiquiatria clássica (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Diante disso, a forma de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico é por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela “Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e na Portaria nº3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017” (BRASIL, 2017b). Esta rede é componente do Sistema Único de Saúde, e se trata de uma série de serviços, articulados

entre si, que estão dispostos no território para atender às diferentes demandas das pessoas em sofrimento psíquico e usuárias de drogas, configurando uma forma de tratamento que se estabelece em relação com a comunidade. A rede é guiada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, os casos atendidos não necessitam de encaminhamento e podem variar em sua complexidade, sendo formuladas ações desde o nível da “Atenção Primária”, como também da “Atenção Hospitalar”, “Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação”, entre outros (BRASIL, 2017a).

A partir da seção, foi possível analisar o processo de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no contexto internacional e nacional. No cenário brasileiro, destacam-se os avanços estabelecidos com a Lei nº 10.216/2001 e a atenção em saúde mental pautada no paradigma psicossocial, um cuidado em comunidade estabelecido por meio da Rede de Atenção Psicossocial.

1.2 Relação entre a Política de Saúde Mental e a Política de Drogas

No tocante à especificidade do atendimento das pessoas usuárias de álcool e outras drogas na RAPS, entende-se que a responsabilização do Estado brasileiro na implementação das políticas de saúde voltadas para essa população ocorreu apenas em 2003, a partir da “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, orientada por uma perspectiva da “redução de danos”, sendo as drogas tomadas como uma questão de “saúde mental”. Anteriormente, a resposta à questão das drogas era circunscrita aos campos: jurídico, com uma perspectiva punitivista, campo da psiquiatria, com uma perspectiva patologizante, e organizações assistencialistas, com uma perspectiva disciplinadora, especialmente, nos casos de alcoolismo (MACHADO; MIRANDA, 2007; VARGAS; RAMOS, 2019).

A perspectiva da “Redução de danos” surgiu no Brasil na década de 1990, tratando de estratégia para prevenção ao HIV, como a troca de seringas, promovida pelo órgão normativo CONFEN (Conselho Federal de Entorpecente), instância responsável por ações focadas no eixo das drogas ilegais no período. Posteriormente, pelo Ministério da Saúde, fundamentando a elaboração de medidas e estratégias para atenuar consequências nocivas do consumo de substâncias lícitas e ilícitas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Costa e Faria (2021) criticam essa marginalidade historicamente atribuída à questão das “drogas” no campo da saúde mental do Brasil, levando a uma ausência de respostas atentas às

especificidades das demandas deste grupo. Os autores mencionam também o notório espaço tomado no próprio Estado por grupos favoráveis ao modelo asilar e ao conservadorismo, buscando impor formas de tratamento lucrativas e/ou moralizadora para esses grupos, exemplo disso citado por Costa e Faria (2021) é que as CTs estão incluídas na RAPS desde 2011.

Neste trabalho, procuramos uma relação entre os assuntos, embora com pouca articulação na esfera das formulações e execuções governamentais, por serem a política de drogas e saúde mental as conexões mais adequadas para a aproximação das comunidades terapêuticas.

Partindo do entendimento de drogas como:

às substâncias exógenas capazes de alterar as atividades do organismo, em especial do Sistema Nervoso Central (SNC), e que são passíveis de abuso. Assim, o termo aglutina substâncias ilícitas e lícitas (álcool, tabaco, café, açúcar, medicamentos etc.), o que faz de todos nós consumidores(as) de drogas em algum momento da vida (FURTUOSO; COSTA; RONZANI, 2020, p. 413).

Dessa forma, observa-se a participação contínua das drogas na vida social, tendo sido historicamente atribuídos diferentes significados e finalidades para seu uso a depender do contexto no qual é utilizada, sendo um exemplo o uso das substâncias em determinados rituais religiosos (FURTUOSO; COSTA; ROZANI, 2020). Contudo, os autores ressaltam a relação específica da sociedade com as drogas no sistema capitalista, entendendo as substâncias “como expressão da contradição entre capital-trabalho” (FURTUOSO; COSTA; RONZANI, 2020, p. 415).

Nesse contexto, a substância vira uma mercadoria, é produzida e comercializada a nível global por meio de trabalho humano alienado, ganhando seu espaço como um produto lucrativo a partir do “tráfico e das políticas antiproibicionistas” (FURTUOSO; COSTA; RONZANI, 2020, p. 413). Assim, quando as drogas se configuram como uma “mercadoria”, seu uso vai estar atrelado a responder uma necessidade, seja esta de ordem psíquica ou orgânica, embora um dos determinantes para ensejar o consumo no capitalismo seja o fato da substância gerar rentabilidade para o capital.

Furtuoso, Costa e Ronzani (2020) utilizam de conceitos marxianos, como os de “alienação humana” e “questão social”, para complexificar a discussão sobre o uso das substâncias no contexto de sociabilidade capitalista contemporaneamente. Para maior elucidação, sintetizam quanto ao conceito de “alienação humana”:

Na sociedade capitalista, a classe trabalhadora fica mais pobre em função da riqueza que produz, cria mercadorias e se torna também uma mercadoria como outra qualquer, isto é, ao passo que as relações mercantis assumem a forma de relação entre coisas, as mercadorias que se fetichizam continuam, obrigatoriamente, tendo que ser produzidas por seres que se reificam. Assim, a alienação humana configura-se como uma espécie

de mal-estar secundário que deriva de um mal-estar primário, este por sua vez oriundo da propriedade privada e da divisão social do trabalho. Ao converter-se em explorado e o produto de seu trabalho em objeto alheio, o trabalhador se torna alvo de um processo desumanizador e alienante em relação às suas ações, face a si mesmo e dos outros homens (FURTUOSO; COSTA; RONZANI, 2020, p. 414).

A partir da citação, entende-se que a "alienação humana" no modo de produção capitalista relaciona-se com o processo de expropriação das pessoas dos seus meios de trabalho, implicando na necessidade de trabalharem para outrem, para garantia de sua sobrevivência, o que torna a pessoa desassociada da atividade que está exercendo, a finalidade dessa atividade, e também das relações estabelecidas entre as pessoas no processo produtivo. Os autores também discorrem no artigo sobre como a "alienação" influencia nas relações que o ser humano estabelece nas diferentes dimensões da sua vida, como com a "natureza", com o processo produtivo, e destaca-se o aspecto "4) em relação ao gênero humano" (FURTUOSO; COSTA; RONZANI, 2020, p.416), tratando-se de que nessa forma de sociabilidade alienante, os progressos produzidos por meio das capacidades do gênero humano deixam de possuir uma utilidade engrandecedora, benéfica ao ser humano. Exemplo citado pelos autores foi a "tecnologia", haja vista que essa possibilita uma economia de tempo que poderia ser usufruído pelas pessoas, mas também pode servir para a sua exploração.

Já, a "questão social" é um conceito que explica a contradição de classes existente no sistema capitalista a partir do final do século XIX, no qual ocorre a concentração do lucro da produtividade em sociedade nas mãos de poucos, enquanto o resto da sociedade é relegado ao pauperismo. Como esse fenômeno da "questão social" não é observável, o que analisamos na sociedade são suas expressões, como por exemplo a desigualdade social e a forma do consumo das drogas contemporaneamente (FURTUOSO; COSTA; RONZANI, 2020).

Dessa forma, Furtuoso, Costa e Ronzani (2020) entendem que o consumo das drogas atualmente é concernente a essa forma de sociabilidade em que a "alienação" se apresenta de forma mais intensificada. Entende-se que essa forma de consumo não pode ser descolada do contexto histórico e social, para não obter uma perspectiva reducionista do uso. No caso do uso pela classe trabalhadora, o cenário de desigualdade social, de proibicionismo, e exploração do trabalho trazem consequências específicas para o público. Sendo assim, alguns fatores identificados no contexto contemporâneo relacionados a esse consumo são as relações mais individualistas e desumanizantes entre as pessoas, o estímulo à produção e consumo exacerbado, de modo que a droga pode "aparecer" nesse contexto para anestesiá-lo o sofrimento, o estresse, para conseguir se manter produzindo, para adaptação aos valores estimados no

período, entre outros fatores relacionados a essa intersecção entre aspectos individuais e o contexto histórico e social mais amplo.

Para mais, é importante desnaturalizar esse fenômeno da repressão e vigência de uma regulamentação estatal “proibicionista” às drogas, que é típico do século XX (CARNEIRO, 2002).

Por um lado, a tolerância ao consumo de determinadas drogas é influenciada por fatores culturais, a exemplo da normalidade que significa atualmente o consumo do álcool no ocidente (CARNEIRO, 2002). Por outro lado, o “proibicionismo” também é determinado por dois fatores importantes do século XX: as “normativas da ONU [...] [e os] interesses econômicos e políticos dos EUA” (CARNEIRO, 2005, apud. SILVA; DELDUQUE, 2015, p.233), estando nas normativas da ONU estabelecida essa demarcação entre o que seria uma substância considerada “lícita”, que tem seu consumo liberado, das “ilícitas”; e também o desenvolvimento e separação entre as indústrias das substâncias lícitas, como a farmacêutica, do comércio das substâncias ilícitas que, com a sua proibição, geram lucratividade. (CARNEIRO, 2002; SILVA; DELDUQUE, 2015; VARGAS; RAMOS, 2019).

Quanto à relação entre a saúde mental e a política de drogas no Brasil, faz-se necessário discorrer sobre como esse processo se desenvolveu no âmbito estatal. Como mencionado anteriormente, de início, a questão das drogas foi tratada como um problema a ser resolvido pelo judiciário, psiquiatria ou pelo assistencialismo, e apenas a partir da década de 2000 trabalhada como uma questão do campo da saúde mental (MACHADO; MIRANDA, 2007; VARGAS; CAMPOS, 2019).

No tocante à intervenção estatal brasileira no campo das drogas, é possível observar no século XX a emergência de legislações para essa questão, sendo que nesse período vão ser voltadas principalmente para punição e institucionalização - em presídios e, posteriormente, nos manicômios - das pessoas que vendiam ou usavam drogas “proibidas” (MACHADO; MIRANDA, 2007).

É de se ressaltar que, no início do século XX, o álcool não era visto como foco de atenção pelas autoridades públicas, o que abriu espaço para instituições com “concepções moralistas e conservadoras” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 103) ocuparem-se desse tratamento, sendo um exemplo citado no artigo a “Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária” (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Na década de 1920, observamos marcos importantes no campo legislativo, à época, houve a ratificação do Brasil à Convenção de Haia, na qual foi estabelecido “o primeiro tratado internacional que propunha controle na venda de morfina, ópio, cocaína e heroína” (VARGAS;

CAMPOS, 2019, p. 1043). Nessa direção, o Brasil estabeleceu os seguintes decretos: nº 4.294 em 1921, nº 15.683 de 1922 e nº 14.969, de 1921.

Em suma, os decretos tratavam de medidas para confinar nos presídios pessoas que comercializavam substâncias proibidas, como o ópio; destinar a internação compulsória os consumidores de álcool considerados uma “ameaça” para eles mesmos ou socialmente; e o nº 14.969 instituiu o “sanatório dos toxicômanos”, espaço de penalização, por um período de até um ano, tendo como critério de julgamento o referido tipo de embriaguez visto como uma “ameaça” (SILVA, 2013). É de se pontuar que se tratava de uma medida orientada, principalmente, para preservar a moral da sociedade, e não com uma finalidade de cuidado à saúde dessas pessoas (VARGAS; CAMPOS, 2019; MACHADO; MIRANDA, 2007; SILVA, 2013).

Por volta da década de 1930, observa-se de forma contundente a regulação das autoridades públicas sobre as drogas. Exemplos disso são a formulação de uma “Comissão Permanente de Fiscalização”, a penalização de usuários de ópio, cocaína, maconha e heroína e o respaldo jurídico para reclusão em manicômios de “toxicômanos” ou em razão de um consumo de álcool considerado uma “ameaça” para o período (VARGAS; RAMOS, 2019).

Além disso, é possível notar que as respostas construídas para as drogas sustentavam-se em um contexto caracterizado “pelo tom alarmante e epidêmico em relação à construção do discurso sobre a temática da droga no âmbito médico e jurídico” (VARGAS; RAMOS, 2019, p. 1046), em que essas instituições inclinaram para a patologização ou criminalização de seu uso. Assim, nesse período já é notória uma influência do discurso da psiquiatria para a construção de respostas às drogas que, em nome da ciência, fundamentaram a segregação social dessas pessoas (VARGAS; RAMOS, 2019).

Para mais, a atuação da psiquiatria era baseada no paradigma da higiene pública e nas teorias da psiquiatria alemã, fortemente influenciadas pelo ideal de ciência do período, qual seja a corrente positivista. Isso influenciou na forma como enxergavam as pessoas em sofrimento psíquico e as que usavam drogas, atribuindo esse uso a hereditariedade, o que contribuiu para a estigmatização de grupos da população, outra ideia era de que o uso era oriundo do espaço social que o indivíduo vivia, e que deveria ser combatido também para proteção desse espaço (SILVA, 2013). Dessa forma, a preocupação da psiquiatria no período não era o “alívio do sofrimento” (SILVA, 2013, p.5), mas o controle de parcelas da população visando a preservação da organização social burguesa da época, conforme sintetizado no seguinte trecho:

Tanto a associação do uso de droga com a periculosidade quanto a aproximação do indivíduo alcoolista ou toxicômano do louco – que, de certa forma, também era tido como perigoso – justificavam a necessidade de proteger a sociedade e promover a

internação. O fato de o alvo principal dessas ações ser preferencialmente as classes trabalhadora, negra e pobre revela o principal intento da Psiquiatria brasileira naquele contexto: a afirmação do código moral burguês (SILVA, 2013, p. 6).

Um aspecto importante a ser mencionado é que a partir de 1960 houve uma mudança qualitativa quanto a preocupação com as drogas socialmente, devido a difusão de seu consumo, ela se tornou objeto do campo da política e da economia, e também houve uma regulação mais incisiva no campo individual de penalizar o ato de portar a droga. Destaca-se o cenário brasileiro de ditadura militar (1964-1985), o que influenciou nessa perspectiva mais coercitiva às drogas na esfera estatal, e a manutenção do paradigma da psiquiatria de controlar o “perigo” que a pessoa supostamente oferecia pelo uso (SILVA, 2013; VARGAS; RAMOS, 2019). Exemplo desse rigor punitivista no contexto foi a Lei nº 5.726, instituída em 1971, prevendo encarceramento por um período de até 6 anos para quem usasse drogas (VARGAS; RAMOS, 2019). Ademais, é pertinente ressaltar a influência do contexto de “Guerra às Drogas” protagonizado pelos países externos nesse período e as consequências disso para o cenário brasileiro, questão que será abordada posteriormente na pesquisa.

Observa-se uma influência mais significativa da psiquiatria no campo legislativo brasileiro. À época, houve a predominância do paradigma “médico-psiquiátrico” como resposta às drogas, sendo que “O usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 804). Além de ter sido instituída a lei 6.368 que estabelece a terminologia “dependente de drogas” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 805) e abre precedentes para criação de locais específicos para tratamento dos usuários de substâncias ilícitas na rede de saúde estatal. Machado e Miranda (2007) ressaltam o fato de o uso do álcool não ter sido incluído nessa legislação, relacionando ao contexto internacional do período empenhado no combate às drogas identificadas como proibidas.

Até os anos 2000, ocorreram alguns marcos como a instituição de órgão público específico para decisões no campo das drogas. O CONFEN, vinculado à Secretaria Nacional de Entorpecentes, formulou ações que seguiram essa lógica do cenário ditatorial, embora com o fim desse regime estas começaram a se aproximar de outros modelos de tratamento, como a redução de danos, e apoio a centros de referência, que protagonizaram pesquisas com uma interface entre o campo da saúde e as drogas. É pertinente mencionar, considerando o escopo desta pesquisa, que o CONFEN também vai ser determinante para o desenvolvimento das comunidades terapêuticas no território brasileiro, temática que vai ser aprofundada no segundo capítulo (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Somado a isso, Machado e Boarini (2013) pontuam que na década de 1980 houve a gradual incorporação de políticas públicas do campo da saúde voltadas para as drogas ilícitas, estando isso relacionado a ausência de resultados favoráveis com a política proibicionista levada até então, considerando-se a intensificação e difusão do consumo de drogas na sociedade, e devido à pressão política no período por grupos com uma perspectiva em prol dos direitos humanos.

Conforme já registrado anteriormente, a partir da epidemia da AIDS, iniciou-se na cidade de Santos, em São Paulo, a incorporação da estratégia de redução de danos para prevenção do risco de contágio do vírus do HIV, com uma mudança de perspectiva no período no atendimento às pessoas que utilizavam drogas injetáveis. Frente a um panorama de ações estatais que predominavam a lógica da abstinência, a redução de danos inovou ao consistir em uma estratégia que respeita o usuário, contemplando um tratamento de saúde que não é necessário a suspensão da substância. Por esse caráter inovador, essa estratégia também foi alvo de obstáculos para sua aceitação, sendo apenas em 1994 apoiada pelo Ministério da Saúde. Vale pontuar que esse apoio foi influenciado pela política internacional, pois o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas foi favorável à estratégia, uma decisão também “contraditória” para a trajetória de posicionamentos da organização⁴ (MACHADO; BOARINI, 2013).

Diante disso, observa-se ainda no cenário de redemocratização as características do controle e da repressão quando se trata da temática das drogas, com o tratamento sendo gerenciado pelo Ministério da Justiça. Uma demonstração disso é em 1988, com a instituição do Sistema Nacional Antidrogas, que apesar de organizar também ações preventivas, era baseado neste paradigma da segurança. O que foi um retrocesso tendo em vista que apesar das contradições, o CONFEN tinha uma perspectiva mais integralizada sobre o fenômeno (SILVA, 2013; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Para mais, Machado e Boarini (2013), Neves (2018) e Silva (2013) enfatizam essa exclusão da questão das drogas no campo da saúde mental nesse contexto, realidade que só veio a se modificar na década de 2000. A partir disso, o movimento da luta antimanicomial aderiu à inclusão da pauta das drogas em sua agenda de luta, considerando o tratamento previsto no

⁴ PINTO, Emy Nayana. CAPÍTULO II – Paradigma conservador presente nos posicionamentos e documentos sobre a política internacional de drogas na ONU e na OMS. *In*: PINTO, Emy Nayana. **Perspectiva de ruptura no paradigma da política internacional sobre drogas ilícitas no campo da saúde pública e no âmbito da Organização Mundial da Saúde – OMS**. 2017. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2017. pp. 26-36. Disponível em: <<<https://bdm.unb.br/handle/10483/27269>>. Acesso em: 17 ago. 2022

período para os dependentes era realizado em instituições que seguiam uma lógica oposta ao paradigma de cuidado da Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2013).

Neves (2018) afirma que essa transformação ocorreu a partir de quatro acontecimentos: “a aprovação da lei n.º 10.216, seguindo com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, a criação dos CAPS AD, em 2002, e que se consolida com a aprovação de uma política nacional para a área, em 2003” (NEVES, 2018, p.44).

Destaca-se que na III CNSM (Conferência Nacional de Saúde Mental), realizada em 2001, incluiu-se a temática das drogas no campo da saúde mental, defendendo que a criação de políticas públicas para os usuários seja orientada pelos “princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica” (NEVES, 2018, p. 46).

Complementando essa ideia, pode-se discorrer brevemente sobre os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), para um melhor entendimento sobre a lógica que organiza o atendimento nos serviços públicos de saúde, o que contempla a população em sofrimento mental que usa ou não drogas. Sendo assim, dentre os princípios assegurados na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, destacam-se a “universalidade”, “integralidade”, e a “igualdade” (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009), a universalidade, diz respeito a todos terem seu direito à saúde garantido, o que contempla acessar os diferentes recursos ofertados pelo sistema, como os serviços; já a integralidade trata dessa atenção fornecida para a população nos diferentes níveis de complexidade do serviço, desde a atenção básica até a hospitalar, e por isso também ocorre o estabelecimento de parceria com outras regiões, caso não se tenha o serviço disponível no próprio território. Quando a igualdade, esta “expressa o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde garantidos pela Constituição” (PAIM, 2009, p.57), ressalta-se que a equidade não está explícita na lei, mas é viabilizada por meio das diretrizes do sistema, que abarcam o atendimento das pessoas conforme suas necessidades.

Além disso, Neves (2018) pondera que neste momento que se desenvolvia a III CNSM, ocorreu o evento II Fórum Nacional Antidrogas, o que demonstrou a presença de propostas paradoxais - que ainda hoje não foram superadas - sobre os tratamentos para a questão das drogas serem formulados pelo campo da saúde ou da segurança pública.

A partir de 2002, percebem-se avanços formais da aproximação da Política de drogas com o campo da Saúde Mental. Exemplos disso são a elaboração do “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, com articulação intersetorial, direcionado para a criação de serviços na comunidade para os usuários e para organização de ações de caráter preventivo no sistema de saúde, sendo que, o CAPS AD, foi

um dos dispositivos de saúde mental implementado a partir desse programa e é direcionado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas (NEVES, 2018).

Outro marco foi a criação da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas” explicitando em suas diretrizes o compromisso com a formulação de ações para os usuários de drogas na área da saúde mental e seguindo as premissas da Lei da Reforma Psiquiátrica, como pode ser observado nos seguintes trechos:

As políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, devem estar obrigatoriamente integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental / Álcool e Drogas do MS (BRASIL, 2003, p.25).

As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente - preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001, constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas (BRASIL, 2003, p.25).

Nota-se os avanços significativos nessa política, como as ações a serem formuladas a partir do paradigma da redução de danos e inclusão da pauta das drogas, de modo que ambos estão vinculados ao campo da saúde mental; traz enfoque para a relação estabelecida entre o profissional e o usuário durante o tratamento, reforçando o papel ativo e comprometido do último no processo; o incentivo a organização de serviços para esse público organizados no território; e o reconhecimento do álcool na política, por trazer dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre a dependência (NEVES, 2018). Entretanto, apesar dessa perspectiva progressista, Neves (2018) pondera que as comunidades terapêuticas também foram incluídas a partir desta regulação, na Portaria GM/MS n.º 2.197/2004.

Diante disso, Assis, Barreiros e Conceição (2013) dissertam sobre os desafios que marcam esse processo histórico de construção da atenção à saúde mental para a população usuária de álcool e outras drogas em consonância com os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, assegurando um tratamento que respeita os direitos dessa população e contempla o fenômeno das drogas em sua complexidade. Haja vista a existência de outros modelos que contrariam esses princípios, encontrando a internação como única resposta para as drogas, pois “Em tese, esses usuários estariam subjugados ao poder das drogas, seriam ‘fracos’, necessitados de contenção e tutela. Em razão disso, justificar-se-ia interná-los, ainda que contra sua vontade, antes de tentar quaisquer outras abordagens [...]” (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013, p.588). Isto é, configura-se em um novo reducionismo no campo da saúde mental, no qual as drogas seriam a causa do descontrole do indivíduo e por isso a internação seria a única forma possível de tratamento.

A partir da análise de Bucher, Assis, Barreiros e Conceição (2013, p.589) citam quatro modelos principais de atenção a esses usuários: “a jurídica-moral, a biomédica, a psicossocial e a sociocultural”. Respectivamente, o primeiro é característico de modelos de atenção que defendem o fim das drogas, e se articulam com propostas de cunho religioso, nas quais essas substâncias são “demonizadas” e o indivíduo deve ser reorientado para o caminho do “bem” por meio da abstinência. O segundo modelo também busca a abstinência do usuário, mas entendem o “uso das drogas como uma doença” (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013, p. 589) que deve ser combatida a partir da prescrição da internação e medicamentos. Já o terceiro e quarto modelo contemplam a perspectiva da redução de danos, compreendendo outros determinantes para o fenômeno das drogas, como por exemplo os fatores culturais que estão relacionados com esse uso.

Assim, fatores como a relevância popular atribuída aos referidos modelos de atenção que reforçam a lógica da abstinência, o atraso do Estado em responsabilizar-se pela construção de tratamentos em consonância com o paradigma da reforma psiquiátrica brasileira, e a disputa de modelos de tratamento que se reflete na própria prática cotidiana profissional são alguns dos desafios para a compreensão do fenômeno das drogas em sua complexidade e na elaboração de formas de tratamento que não encontram a “internação” como única resposta. Questões estas que podemos relacionar com o problema investigado nesta pesquisa relacionado à expansão do modelo de tratamento das comunidades terapêuticas nos últimos anos (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Diante do exposto, buscou-se retratar nesta seção sobre o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as conquistas advindas com o processo, provocando uma transformação na forma de enxergar e tratar a loucura na sociedade e obtendo o avanço no campo formal a partir da instituição da Lei nº 10.216 de 2001, ratificando os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, de forma a assegurar o tratamento humanizado, desenvolvido nos serviços de saúde dispostos no território, priorizando a formação de vínculos dessa população com a comunidade. Ademais, resgatou-se o percurso histórico para o reconhecimento no âmbito estatal da relação entre a saúde mental e a política de drogas no cenário brasileiro. Evidenciou-se que a forma de lidar com a questão das drogas nacionalmente é determinada por imperativos econômicos, políticos e culturais, e que não há uma perspectiva unívoca sobre a forma de tratamento, competindo diferentes lógicas que se expressam ora de forma mais repressiva nas legislações, como o histórico brasileiro da pauta como uma questão de segurança pública, o paradigma da abstinência e apoio às comunidades terapêuticas; como também mais progressista, como responsabilidade do Estado

no campo da saúde pública, seguindo os princípios do sistema de saúde brasileiro e baseado no paradigma da redução de danos.

1.3 Paradoxos Recentes no Desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Brasil – Contrarreforma em Curso

Para compreensão do fenômeno da “contrarreforma psiquiátrica” no cenário brasileiro, é pertinente fazer algumas reflexões sobre direitos à luz de uma perspectiva marxista.

A partir do pressuposto do “caráter histórico dos direitos” (COUTINHO, 2005, p.5), entende-se que os direitos da população, sejam os direitos do tipo civil, social, político ou até mesmo os “direitos humanos”, não são permanentes ou essências do ser humano, mas conquistados formalmente nas leis a partir da pressão política exercida pelas classes sociais subordinadas, em prol de suas demandas, em cada época histórica (COUTINHO, 2005).

Coutinho (2005) exemplificou esse caráter histórico dos direitos com a conquista legal de uma regulação das horas de trabalho no século XIX, a qual foi resultante de um processo de luta protagonizado pelos operários ingleses que chegavam a ficar cerca de quatorze horas em atividade nas fábricas.

Outro exemplo são os direitos sociais, cujos quais “[...] são os que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade” (COUTINHO, 2005, p.12), como o direito à saúde, e são considerados conquistas novas em termos históricos (COUTINHO, 2005). No caso brasileiro, esse aspecto torna-se evidente, considerando que o direito universal à saúde foi legitimado na Constituição Federal de 1988 apenas após anos de reivindicação do movimento da reforma sanitária, questionando o paradigma de atenção à saúde desenvolvido nas décadas anteriores (TEIXEIRA, 2009).

Bem como os direitos têm essa determinação histórica, faz-se necessário pontuar que a forma de viabilizar o seu acesso, por meio das políticas implementadas pelo Estado, também se organizam em torno dessa lógica. Com base em uma perspectiva marxista das políticas sociais, com a premissa de que a sociedade é dividida em classes sociais, cujos interesses são divergentes, a elaboração das políticas é influenciada pelo conflito, por um lado, expresso no processo de reivindicação política por parte da classe trabalhadora, visando ter suas “necessidades materiais ou espirituais” atendidas, e por outro, pela forma com que servem a burguesia, por atenuar o processo de luta política na sociedade. Isto é, por mais que sejam

vantajosas para os trabalhadores, também exercem uma função significativa para a manutenção do sistema capitalista (COUTINHO, 2005).

Assim, a depender do período, esse conflito de interesses torna-se mais perceptível, sendo isso demonstrado por Coutinho (2005) ao discorrer sobre o projeto do “neoliberalismo” implementado pela burguesia contemporaneamente que, diante da queda da taxa de lucro, buscando limitar a expansão de direitos sociais observadas no modelo de Estado de Bem-Estar Social, para respondê-los pela via do mercado.

Para contribuir nesse debate sobre direitos e Estado no sistema capitalista, pode-se recorrer a Mandel (1982). Baseando-se em uma perspectiva marxista, o autor descreve que as funções do Estado no sistema capitalista possuem características novas e próprias do seu contexto histórico de desenvolvimento, distinguindo-se do Estado nos modos de produção anteriores. Além disso, destaca que uma particularidade do marxismo é o entendimento da “[...] distinção fundamental entre Estado e Sociedade” (MANDEL, 1982, p.333), observando que no modo de produção capitalista, todas as classes podem exercer influência nas atividades estatais.

No tocante aos modos de produções anteriores, entende-se que o Estado possuía poder absoluto, e as suas funções eram as de assegurar a posse de terras e a segurança da sua população dos povos externos. Ressalta-se que nem todos os membros do mesmo território eram identificados como parte dessa “população” a ser “protegida”, como o caso das pessoas escravizadas (MANDEL, 1982).

Já o Estado Capitalista surgiu a partir da apropriação privada dos recursos por apenas uma classe social e da “separação entre as esferas privada e pública da sociedade” (MANDEL, 1982, p. 235), e atribuiu-se a ele três funções fundamentais. Resumidamente, a primeira função é intervir nas “condições gerais de produção” (MANDEL, 1982, p. 333-334) para viabilizar o funcionamento do sistema, e isso contempla diferentes frentes de atuação sobre questões técnicas e sociais do processo produtivo. Alguns dos exemplos citados pelo autor são a garantia dos “meios de comunicação [...] lei e ordem estáveis [...] e a reprodução contínua daquelas formas de trabalho intelectual que são indispensáveis à produção econômica” (MANDEL, 1982, p.334). A segunda e terceira função do Estado são desmobilizar lutas sociais contra hegemônicas, sendo citado o aparato jurídico como um dos meios para isso; e viabilizar a veiculação da ideologia dominante para que seja naturalizada a desigualdade social (MANDEL, 1982).

Consoante Mandel (1982), outros aspectos específicos do poder exercido a partir do Estado Capitalista estão relacionados à dinâmica das classes sociais. Entende-se que o domínio passou a ser exercido sobre pessoas “livres” e o Estado incorporou medidas que não são apenas

repressivas, e, portanto, ocultam a relação de dominação. Outra especificidade é a referida separação entre os campos público e privado que é funcional ao próprio sistema, pois existem divergências de interesses entre as classes dominantes, e essa separação permite que o Estado se torne mais independente para intervir na economia, embora também signifique que as próprias classes dominantes tiveram que se articular para intervir na política em prol da representação de seus “interesses coletivos de classe, mas também para defender seus interesses particulares” (MANDEL, 1982, p.337).

Posto isso, recuperando a discussão da seção anterior para abordar essa temática dos direitos no campo da saúde mental, observou-se no processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro um avanço no campo legal nacional, a exemplo da Lei 10.216/2001, com o reconhecimento da cidadania da população em sofrimento psíquico. E essa conquista legal se deu em decorrência de um processo de intensa mobilização social da população para ter essa demanda atendida, sendo o Movimento da Luta Antimanicomial expressão disso.

Ademais, mesmo com os avanços formais, é pertinente destacar novamente que as conquistas no campo da saúde mental também não são estáveis ou eternas dado o caráter histórico dos direitos e a dinâmica da luta de classes (COUTINHO, 2005). Nessa perspectiva, Costa e Mendes (2020) analisam o fenômeno da “contrarreforma psiquiátrica” brasileira, fundamentando-se na crítica à economia política, desvelando os interesses antagônicos da forma de sociabilidade capitalista, o jogo ideológico que viabiliza sua continuidade, e as implicações disso para o processo de contrarreforma em curso nacionalmente.

Antes de tudo, Costa e Mendes (2020) justificam a escolha pelo conceito de “contrarreforma” relacionando com o avanço do projeto neoliberal que exerce influência na realidade brasileira em direção ao desmantelamento de direitos, desde a década de 1990.

Os autores diferenciam o conceito de “contrarreforma” de outras noções como a de “revolução passiva”, ponderando que a revolução passiva caracteriza-se por um processo de alternância entre a “restauração” e a “renovação”, tratando primeiramente de balizar a mobilização política da classe trabalhadora em prol de suas demandas, e o segundo seria uma flexibilização da burguesia para atendimento dessas demandas; já no caso da “contrarreforma” associada ao neoliberalismo, a característica fundamental seria a corrosão desses direitos, predominando a “restauração estrita” (COSTA; MENDES, 2020, p.45). Para melhor entendimento sobre essa distinção:

Os motivos seriam que tal revolução passiva seria caracterizada por um primeiro período de restauração, uma reação conservadora às reivindicações por transformações radicais vindas de baixo, e outro posterior de renovação, onde algumas dessas demandas seriam incorporadas e gerenciadas pelo alto, por meio de concessões das classes dominante (COSTA; MENDES, 2020, p.45)

Costa e Mendes (2020) também ressaltam as implicações do projeto neoliberal para a diminuição da responsabilização do Estado para responder às necessidades da classe trabalhadora, o redirecionamento dos recursos para as dívidas públicas, e o cenário de fortalecimento do conservadorismo religioso como pano de fundo para compreensão do processo da contrarreforma psiquiátrica.

Complementando essa ideia, entende-se que historicamente o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira não foi uniforme, com apenas ganhos, e sim um processo paradoxal, sendo um exemplo disso a existência de dispositivos de saúde territoriais que reproduzem uma lógica manicomial (COSTA; MENDES, 2020; OKA; COSTA, 2022).

Ademais, Costa e Mendes (2020) e Oka e Costa (2022) ponderam que a partir de 2015, começou o processo de desmantelamento mais substancial as conquistas formalizadas na Lei 10.216/2001, o que podemos identificar com o desenvolvimento da “contrarreforma psiquiátrica”, a qual pode ser definida da seguinte forma:

A CP é uma descontinuidade da RP. na continuidade de seu desenvolvimento. Não é a RP propriamente dita, ou uma nova fase dela, pois se opõe e suplanta seus preceitos e fundamentos. Também não é a reforma da Reforma [...] Entretanto, a CP brasileira progrediu, avançou e alguns de seus pontos até floresceram no seio da RP (COSTA; MENDES, 2020 *apud* OKA; COSTA, 2022, p.4).

Outros autores como Chiabotto, Nunes e Aguiar (2022) corroboram essa perspectiva de a “contrarreforma psiquiátrica” estar relacionada a esse contexto de avanço do projeto neoliberal, caracterizado pela redução de investimento públicos com consequências para a consolidação das políticas públicas. Particularmente no campo da saúde mental, os autores baseiam-se em Amarante, entendendo que a contrarreforma psiquiátrica está situada nesse movimento mais amplo de disputa de interesses da sociedade, limitando a concretização de dimensões basilares da Reforma Psiquiátrica, sendo delimitada no seguinte trecho:

Pode-se definir a contrarreforma como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pela reforma psiquiátrica nas quatro dimensões propostas por Amarante (NUNES *et al.*, 2019): epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural. (CHIABOTTO; NUNES; AGUIAR, 2022, p.86).

Pode ser interpretada essa divergência de interesses no processo de contrarreforma considerando, por exemplo, que até hoje não houve a consolidação no campo formal da saúde mental uma medida de acabar com leitos nos hospitais psiquiátricos, embora seja uma demanda expressa nos relatórios das conferências de saúde mental (NUNES *et al.*, 2019).

Diante disso, uma das manifestações do processo de contrarreforma psiquiátrica é a forma como os recursos públicos têm sido investidos no campo da saúde mental nos últimos anos (COSTA; MENDES, 2020).

Quanto ao financiamento da saúde mental a partir da década de 2000, Costa e Mendes (2020) destacam que o período de maior investimento em saúde mental no cenário brasileiro se desenvolveu até o ano de 2016, chegando em alguns anos a um gasto de até 2,7% do orçamento em saúde. De 2016 em diante, nota-se uma redução do investimento, com uma média entre 1,1% e 1,2%, no período entre 2017 e 2019.

Associado a isso, comparando-se o processo de investimento em recursos hospitalares, como hospitais psiquiátricos, e recursos extra-hospitalares, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), nota-se que houve um aumento do investimento nos recursos extra-hospitalares no início da década de 2000, inclusive, com uma priorização deste investimento em 2006, mas que a partir de 2011 esse investimento foi limitado e, de modo geral, vem diminuindo (COSTA; MENDES, 2020).

Outro fator que se relaciona com essa temática do orçamento público das políticas de saúde mental, e compõe o movimento de contrarreforma, é o enfoque nas “políticas de saúde mental familistas”. Isto é, a falta de investimento na política de saúde mental implica na ausência do Estado em cumprir com seu dever de garantia dos direitos dos usuários, conseqüentemente, levando as famílias a assumirem a função do cuidado (CHIABOTTO; NUNES; AGUIAR, 2022).

Chiabotto, Nunes e Aguiar (2022) descrevem exemplos de manifestações dessas “políticas de saúde mental familistas”, como a falta de atendimento em serviços de saúde mental ou a falta de acesso a medicamentos. Além disso, contextualizam o acirramento desse processo no período da pandemia do Covid-19, devido à medida de permanência em casa, impedindo o acesso da população a serviços que possuem uma dinâmica grupal, tal como o CAPS.

É válido destacar a ressalva realizada por Chiabotto, Nunes e Aguiar (2022) sobre a pertinência da família no processo da reforma psiquiátrica, estando presente no processo de tratamento, mas que se difere da família ser designada a ocupar-se do cuidado do familiar sozinha, o que contraria os princípios da reforma. Haja vista que essa lógica familista impede o acesso do usuário a um cuidado qualificado, em conformidade com os princípios da reforma, o qual é seu direito; além disso, pode gerar sofrimento a esses familiares, e a falta de condições psíquicas ou materiais para realização dessa atenção ao familiar pode influenciar na decisão por serviços de internação.

Outra questão perceptível quanto ao movimento de contrarreforma é o incentivo a espaços como as comunidades terapêuticas brasileiras, temática que será discutida mais adiante por Oka e Costa (2022) e Nunes *et al.* (2019). Quanto às características desses espaços, podemos entendê-las a partir da seguinte definição:

Pode-se dizer, assim, que o modelo das CTs consiste em um dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde sujeitos isolados e em vivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades, sob a orientação de um “grupo de pares” e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado. Estes elementos, combinados, traduziriam o esforço de transformação de condutas e de promoção de “novos sujeitos”, preconizado pelo modelo das CTs. (IPEA, 2017, p. 9)

A partir do trecho acima, entende-se que o padrão de atendimento nas CTs brasileiras se estrutura na obrigação da execução de atividades laborativas pelas pessoas reclusas na instituição, no estabelecimento da rotina para desenvolver o “controle” delas. Além disso, via de regra ocorre uma orientação moralizante às pessoas instituídas efetuada pelo grupo da instituição religiosa da comunidade e, em alguns casos, participam também profissionais da saúde. Destarte, Cavalcante (2019) afirma que a maioria realiza o “tratamento” predominantemente baseado em doutrinas religiosas, a lógica do espaço impõe a abstinência total do usuário, e menciona a influência do modelo estadunidense dessas comunidades para a busca por uma transformação moral do “usuário”.

Logo, compreende-se que a forma de “tratamento” realizado nas CTs brasileiras segue uma proposta divergente do paradigma “psicossocial” preconizado na Reforma Psiquiátrica Brasileira, formalmente instituído na Lei 10.216/2001, orientado para a reinserção social do “usuário”, por meio do cuidado humanizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e pautado na lógica da “Redução de danos” (IPEA, 2017). Disso resulta a indignação de atores sociais quanto ao investimento público recebido por esses espaços nos últimos anos, entendendo que o “tratamento” viola os direitos dos “usuários” e os próprios princípios de um Estado laico (IPEA, 2017).

Para apresentar os principais acontecimentos, de forma cronológica, que caracterizam o processo de contrarreforma psiquiátrica no cenário brasileiro, pode-se recorrer principalmente a Lima (2019), Nunes *et al.* (2019), Costa (2020), Costa e Mendes (2020) e Oka e Costa (2022).

No ano de 2015, nota-se o pontapé inicial dos retrocessos, considerando a indicação de Valencius Wurch para ocupar a coordenação de saúde mental, situação que não passou despercebida por ele já ter trabalhado em um manicômio e possuir uma perspectiva em prol desse modelo de “tratamento”, o que incitou uma série de mobilizações políticas no período, indignadas quanto a essa indicação (OKA; COSTA, 2022; LIMA, 2019).

Em 2016, nota-se um contexto mais geral de retração do financiamento da saúde, considerando a instituição da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 durante o governo Temer, na qual houve uma regulação de gastos em despesas primárias (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; COSTA, 2020). Além disso, a partir desse período houve a acentuação do subfinanciamento da área da saúde mental, discutida anteriormente a partir de Costa (2020).

Faz-se necessário reforçar que a falta de recursos para os dispositivos comunitários da RAPS é um movimento contrarreformista, pois além de prejudicar ou inviabilizar o funcionamento dos mesmos, podendo incentivar as “políticas familistas” na área, nota-se que esse desinvestimento em determinados serviços das RAPS vêm acompanhada da priorização de investimento nos recursos hospitalares ou em espaços como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos que reforçam uma lógica de exclusão social dos usuários, como também perspectivas de tratamento que priorizam a lucratividade advinda com os medicamentos e internações em detrimento a saúde das pessoas atendidas. (CHIABOTTO; NUNES; AGUIAR, 2022; COSTA; MENDES, 2020; OKA; COSTA, 2022).

De acordo com Oka e Costa (2022), em 2017 ocorreram os seguintes decretos pelo Ministério da Saúde: Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017; Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017; Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017; Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Resumidamente, os referidos decretos tratam da regulamentação dos hospitais psiquiátricos na RAPS, e posicionamento público favorável ao apoio financeiro a esses estabelecimentos. Somado a isso, viabilizou-se o repasse financeiro estatal para as comunidades terapêuticas. Essas medidas configuram-se como uma corrosão do paradigma psicossocial preconizado para o cuidado dos usuários a partir da Lei nº 10.216/2001, visto que, tratam de modelos de tratamento que priorizam a internação, e no caso das comunidades terapêuticas brasileiras, essas são objeto de denúncia em razão das violências que acontecem nos estabelecimentos (OKA; COSTA, 2022).

Depreende-se que Souza e Jorge (2019) compartilham do posicionamento de Oka e Costa (2022), os autores retomam os compromissos formulados no contexto da Lei 10.216/2001, como a diminuição dos leitos, a desinstitucionalização, e reinserção social, entendendo que eles têm sido “desvirtuados” da proposta original a partir da Resolução nº 32, posto que, essa medida não apenas dá subsídios financeiros para a manutenção dos hospitais; como também subverte sua a proposta, pois os serviços da RAPS, criados para viabilizar o

cuidado comunitário e deslocar o espaço ocupado pelos hospitais psiquiátricos historicamente, a partir da resolução, passam a ocupar uma função equivalente na rede.

Nunes *et al.* (2019) também criticam esse cenário de dismantelamento da lógica psicossocial no período, com a importância dada às comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Além disso, trazem dados de uma proposta do ministério da saúde naquele ano que salta os olhos a comparação entre a intenção de investimento nas comunidades terapêuticas e a rede de atenção psicossocial de forma integral, como pode ser observado no seguinte trecho:

Em 2017, uma minuta da “nova política” do Governo Federal propunha investir 240 milhões de reais em expansão de serviços para álcool e outras drogas sendo mais de 120 milhões em CT contra R\$ 31.752.720,92/ano para a expansão da rede e criação de novos serviços territoriais (NUNES *et al.*, 2019, p.4494)

É de se destacar que essa “parceria” entre o Estado e as comunidades terapêuticas não é uma novidade, o que reforça o tensionamento de projetos existentes que antecedem os retrocessos vistos a partir de 2015 com a contrarreforma, mas que também não retira a gravidade dessa nova regulamentação do financiamento público para as comunidades (OKA; COSTA, 2022).

Costa (2020, p.24) já chama a atenção para dois marcos que permitem verificar que essa aproximação com o Estado já se estruturava em 2010, período no qual ele define como um “salto qualitativo” para as medidas que vinham sendo implantadas nos anos anteriores para os usuários de álcool e drogas, como pode ser observado a seguir:

Contudo, um salto qualitativo acontece em 2010 e 2011. É publicado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, conveniando as CTs e possibilitando a contratação de leitos pelo Estado. Este plano é reformulado e vira o programa Crack, é possível vencer (PCPV). No PCPV, aparecem na prevenção, com o Curso de capacitação para CTs, e no cuidado, sob premissa de ampliação da rede assistencial e atendimento integrado (BRASIL, 2011). Oferecem acolhimento para usuários de drogas com quadro clínico estável, devendo ser referenciadas por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente os especializados em álcool e outras drogas (CAPSad). Além disso, é permitido o repasse de verbas pelo Estado, com a contratação a cargo de municípios e estados. (COSTA, 2020, p.24)

Subentende-se no referido trecho que um dos marcos do período foi a instituição do programa “Crack, É Possível Vencer”, o que implicou no investimento do Estado em aprimorar as comunidades terapêuticas, justificando essa “parceria”, além de formalizar o encaminhamento dos usuários de álcool e drogas para esses espaços e também o apoio financeiro estatal aos estabelecimentos. Ainda em 2011, ocorreu a incorporação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estando essas comunidades identificadas como “instituições do nível de atenção residencial de caráter transitório” (COSTA, 2020, p.24).

Ainda em 2017, ocorreu a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, trazendo mudanças para a Política de Atenção Básica, e foi depreendido que essas alterações expressam uma ausência de orientação bem delimitada para a constituição das equipes, para a cobertura dos atendimentos, menor quantidade de agentes comunitários, e impasses para a realização da estratégia de matriciamento para as equipes de saúde da família, o que traz prejuízos para a formulação de ações promotoras de saúde na comunidade. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Já no ano de 2018, alguns marcos desse movimento de contrarreforma estão relacionados com o orçamento público, como o aumento de 65% do valor das internações psiquiátricas do tipo “de curta permanência (inferior a 90 dias) e nova internação com mais de trinta dias” (COSTA; MENDES, 2020, p.49); além disso, do total de recursos naquele ano da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi destinado “[...] 31% desse investimento para instituições não governamentais e asilares, contrárias aos pressupostos da RP” (COSTA; MENDES, 2020, p.49), assim, um investimento estatal nas comunidades terapêuticas brasileiras, estabelecimentos que se organizam a partir de uma lógica manicomial de funcionamento, temática que será discutida mais adiante. Além disso, ocorreu uma medida em relação aos recursos destinados pela RAPS no período do mesmo ano, primeiro, houve a prescrição de uma contenção de recursos e posteriormente teve que ocorrer uma restituição de uma parcela desses (COSTA; MENDES, 2020).

Com base em Oka e Costa (2022) e Cruz Gonçalves e Delgado (2020), outros acontecimentos do ano de 2018 foram o fornecimento de subsídios financeiros para instituições com um número elevado de leitos ocupados; houve também no campo legislativo a implementação da Resolução nº 1, de 9 março de 2018 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), cuja qual trouxe alterações na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), imperando no texto a lógica do proibicionismo, da necessidade de suspender o uso das substâncias, além da continuidade do apoio ao tratamento nas comunidades terapêuticas.

A respeito do ano de 2019, foi instituída a Nota técnica nº 11 de 2019 que foi recebida de forma adversa pela comunidade e por isso também excluída, justamente pelas medidas retrocedentes que apresentou. Dando continuidade ao percurso dos anos anteriores, depreendeu-se como uma medida favorável aos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Quanto ao primeiro, ocorreu uma reorganização dos recursos, em benefício dos hospitais psiquiátricos, na qual o dinheiro proveniente de situações como as “altas” tornou-se aplicado nos próprios hospitais em substituição aos dispositivos comunitários. Além disso, é verificada a prioridade dada ao atendimento em ambulatórios especializados, e a provisão de recursos para uma técnica

característica do modelo manicomial e que não possui fundamento científico para recomendação generalizada, tal qual a eletroconvulsoterapia (LIMA, 2019).

Essas medidas de incentivo a essas comunidades vão ter prosseguimento nos anos posteriores, principalmente no ano de 2019, com a instituição da Nova Política de Drogas, mas também em 2020 ao ter respaldo o “tratamento” para adolescentes, ferindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e para pessoas em situação de rua nesses estabelecimentos. Em suma, o incentivo a essas comunidades vai ser criticado por Oka e Costa (2022) dado a lógica manicomial desses estabelecimentos que ferem direitos fundamentais, a lei da reforma psiquiátrica e as medidas progressistas para o tratamento da temática das drogas na atualidade. Isto é, o retrocesso por ser alocada a centralidade para elas no tratamento das drogas, sendo que, organizam-se em uma lógica moralista, opondo-se ao paradigma da redução de danos e ignorando a complexidade do tratamento exigido para essa questão.

A nova configuração congrega o supostamente mais avançado dos tratamentos neurobiológicos com o mais arcaico tratamento moral, segregador e duradouro, atualmente destinado, de forma mais contundente, aos usuários de substâncias ilícitas, conforme prevê a Lei 13.840 de 2019, que muda radicalmente a matriz da política nacional sobre drogas, trazendo a abstinência como meta e a internação, até mesmo involuntária, como método (NUNES *et al.*, 2019, p. 4493).

A partir do trecho assinalado, nota-se que outros autores reforçam as críticas direcionadas às alterações estabelecidas na nova política de drogas, entendendo também o caráter conservador das medidas implementadas, como o incentivo das comunidades terapêuticas, e também o reforço a esse tratamento dos hospitais psiquiátricos que se organizam em torno da figura do médico e não da pessoa que recebe o atendimento, servindo também a interesses econômicos, dada a lucratividade advinda com o uso de psicofármacos e a priorização aos ambulatorios. (NUNES *et al.*, 2019).

Complementando essa ideia, no ano de 2019, com a instituição da nova Lei de Drogas e da nova Política Nacional sobre drogas, descritas por Costa (2020, p.28) como “antidrogas”. Estabelecem-se críticas a essas medidas por estarem orientadas pelo paradigma da “abstinência”; a centralidade adquirida pelas comunidades terapêuticas, destacando-se que os textos das medidas não estipulam critérios para regular as atividades dos estabelecimentos e de seus recursos financeiros; e outro ponto criticado é o fato da esfera privada ter ganhado precedentes para se ocupar do tratamento dos usuários recebendo recursos públicos (COSTA, 2020).

A partir do exposto, foi possível sinalizar alguns acontecimentos que configuram esse processo que tem sido definido como “contrarreforma psiquiátrica” brasileira. Como foi

observado, a Reforma Psiquiátrica Brasileira obteve avanços importantes no cenário brasileiro que, especialmente na última década, tem sofrido um significativo dismantelamento dos direitos uma vez garantidos na Lei nº 10.216/20001. Considerando o levantamento bibliográfico realizado, nota-se que esse processo não está isolado, mas relaciona-se com um contexto mais amplo de expansão do projeto neoliberal, gerando obstáculos para a viabilização de direitos sociais por meio das políticas, a exemplo dos limites impostos ao orçamento para a saúde pública em 2016. Outro aspecto ressaltado foi um resgate histórico das últimas medidas estabelecidas no cenário brasileiro e que expressam essa corrosão de direitos das pessoas em sofrimento psíquico, destaca-se o caso das comunidades terapêuticas, que serão temática do próximo capítulo, e observou-se de forma generalizada o desrespeito ao paradigma de tratamento psicossocial, o da redução de danos e o cuidado a partir da rede e no território, além de outros direitos basilares da Constituição Federal de 1988, Direitos Humanos e até mesmo do Estatuto da Criança e do Adolescente.

CAPÍTULO II - A INTERFERÊNCIA DO CONSERVADORISMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: O EXEMPLO DO PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” E O ENVOLVIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

2.1 Políticas Sociais e seu Desenvolvimento no Capitalismo

A compreensão de política social que orienta esta pesquisa é o seu entendimento moderno como “espécie do gênero política pública” (PEREIRA, 2009, p.94).

O campo de estudos “*policy science*” foi uma vertente do campo acadêmico que surgiu no ocidente, com uma perspectiva disruptiva para os estudos sobre “política” da época após as duas Guerras Mundiais. Diferentemente do passado, de estudos políticos que se dedicavam às instituições para fundamentar ações da gestão que fossem favoráveis para a coletividade, ou centravam-se somente no funcionamento do aparato público (PEREIRA, 2009).

Dessa forma, a inovação da “*policy science*” foi estudar problemas oriundos de diferentes campos de conhecimento, buscando compreender a concretização das ações do Estado, considerando-se nesse processo a influência da sociedade civil. Além disso, tinha como finalidade transformar o campo político e reconhecia “a impossibilidade de separar meios e fins” (PEREIRA, 2009, p.93) em sua análise institucional. Logo, foram estudos que contemplaram as “políticas públicas”, visto que essas tratam-se da materialização do compromisso estatal com os direitos sociais por meio de ações, como programas, no qual a sociedade possui participação direta por responder a seu interesse integralmente e por exercer influência determinante no processo de implementação dessas ações (PEREIRA, 2009).

Vale pontuar que a referida perspectiva, contemplando “a relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade” (PEREIRA, 2009, p.94) não é a única do campo de estudos da política pública, pois competem outras que limitam a análise à atuação do Estado.

Diante disso, a partir de uma perspectiva marxista de política social, considera-se que, desde a sua elaboração até a concretização da sua proposta está relacionada com o contexto mais amplo da sociabilidade capitalista, reconhecendo a dinâmica entre as classes sociais na sociedade e a função do Estado como mediadores desse processo complexo (PEREIRA, 2009; BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Para mais, Behring e Boschetti (2016) pontuam algumas críticas sobre as perspectivas reducionistas do fenômeno das políticas sociais, como concepções dedicadas a analisá-las

apenas a partir de um dos "pólos", como se estas fossem funcionais apenas para a dominação da classe trabalhadora, por exemplo.

Logo, é imprescindível para a análise considerar o caráter conflituoso das mesmas, pois apesar de realmente servirem para a dominação, minimizando ou balizando pressões sociais da classe trabalhadora por melhores condições de vida, essas políticas também são requisitos de acesso para os direitos sociais, fornecendo condições básicas de sobrevivência para os trabalhadores no sistema capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Pereira (2013) também afirma esse caráter conflituoso das políticas sociais:

Além disso, importa reconhecer que a política social não é *unívoca*, isto é, não é idêntica em todos os tempos e lugares; e dada à possibilidade de ser, num mesmo momento e espaço geográfico, *positiva* e *negativa* para o trabalho e o capital, ela nunca poderá ser pensada como um recurso exclusivo das forças dominantes (PEREIRA, 2013, p.17)

Nesta perspectiva, entende-se que a correlação de forças no momento histórico determina a conformação das políticas sociais, e Pereira (2013) traz dois exemplos emblemáticos para ilustrar isso relativos a acontecimentos na Europa, no século XIX. O primeiro, foi o caso da articulação da classe trabalhadora na Inglaterra, e a conquista cidadã do poder do voto e das regulações para as atividades industriais, refletindo na implementação de medidas estatais que foram positivas para o grupo, consequências de sua mobilização em prol de seus direitos. Por outro lado, houve também as regulações implementadas por Otto Von Bismarck, na Alemanha, com a finalidade de balizar a efervescência social no país, diante da influência do movimento socialista no período (PEREIRA, 2013).

Outro exemplo dessa contradição e que vale ser mencionado por tratar-se da realidade brasileira foi o crescimento de política sociais no período ditatorial, no qual houve este investimento, mas destituindo-se outros direitos, como a própria liberdade política, e suprimindo a potencialidade dessas políticas de dar condições dignas para a população, considerando-se o contexto autoritário (PEREIRA, 2013).

Silva (2011) discute bem este fenômeno contraditório na Ditadura de Vargas, demonstrando que houve uma série de regulações trabalhistas no período do seu regime, sobretudo no campo da previdência social, como a implementação da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, a criação de sindicatos oficiais, do Instituto de Aposentadorias e Pensões, mas eram medidas que tinham como objetivo dar suporte ao crescimento industrial do período, apoio popular ao seu governo e monitorar a mobilização social por meio de mecanismos institucionais.

Desta maneira, fundamentar-se em uma perspectiva marxista na análise das políticas sociais, afirmando o seu caráter contraditório, exige alguns pressupostos metodológicos para sua compreensão, entendendo-se os determinantes para a configuração das políticas estão relacionados à "história, economia, política e cultura" (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 45). Isso porque a análise de um fenômeno no método marxista tem como finalidade o entendimento da sua forma "objetiva", situado em um determinado contexto e influenciado por condições sociais e econômicas. Dessa forma, a partir da análise busca-se superar o julgamento precipitado da vida diária, quando esses condicionantes não estão aparentes. Para uma melhor compreensão desse percurso metodológico:

Para Kosik (1986:52) a realidade concreta como concepção dialético-materialista do conhecimento do real é um processo que compreende alguns momentos indivisíveis: o primeiro é a destruição da pseudoconcreticidade (ou seja, da fetichizada e aparente objetividade do fenômeno) e o conhecimento de sua autêntica objetividade; o segundo é o reconhecimento do caráter histórico do fenômeno; e o terceiro é o conhecimento do conteúdo objetivo é do significado do fenômeno, de sua função objetiva e de seu lugar histórico (KOSIK, 1986:52 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 41)

Por isso, no caso das políticas sociais, considera-se alguns fatores, como a rentabilidade econômica e a liberdade do Estado para intervir nesse campo; os valores estimados culturalmente em cada época, como na atualidade com a expansão do projeto neoliberal e a culpabilização das pessoas pela sua pobreza, implicando em diferentes modelos de proteção social mais amplos ou seletivos; a capacidade de articulação dos movimentos sociais visando ter acesso aos seus direitos, entre outros (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Quanto ao desenvolvimento das políticas sociais no capitalismo, não é possível afirmar uma data precisa da sua origem, contudo, estão relacionadas com o processo de desenvolvimento industrial no século XIX, pois identifica-se que o "Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade" (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.64) e, posteriormente, no século XX, ganhando força, organizadas em sistemas de proteção social.

Previamente a esse período, identificam-se apenas "protoformas das políticas sociais" (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.47), nas quais a população em situação de miséria contava com a caridade das outras pessoas, associada a moralidade cristã, e com regulações estatais residuais para conseguir sobreviver, sendo exemplos disso as Leis dos Pobres Elisabetanas (1531-1601).

Disserta-se que essas regulações se caracterizavam principalmente por obrigar as pessoas a se submeterem ao trabalho e controlar a remuneração recebida, por piores que fossem as condições da atividade. Assim, o local destinado aos pobres eram as *workhouses*, espaço de

coerção para o trabalho, e a benesse do “auxílio mínimo” era destinada somente aos poucos que não conseguiam executar qualquer atividade (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Conforme Behring e Boschetti (2016), uma regulação importante de ser discutida é a “*Speenhamland Act (1795)*”, devido a sua singularidade quanto aos outros modelos, por fornecer um auxílio, somado ao salário, as pessoas trabalhadoras que tinham uma renda delimitada, e por esse direito também ser garantido a quem não estivesse trabalhando. Além disso, uma premissa da lei era impossibilitar o fluxo dessas pessoas para outros territórios, devendo trabalhar apenas na própria cidade. Assim, identifica-se que essa medida estatal balizou o desenvolvimento da economia de mercado na época, por não estabelecer a obrigação da pessoa submeter-se a qualquer tipo de condição de trabalho para conseguir sobreviver, diferentemente das anteriores. Ademais, é de se ressaltar que esta lei foi anulada posteriormente, no ano de 1834, estabelecendo-se novas regulações que já se orientavam para o suporte da industrialização e do sistema capitalista emergente.

Quanto à compreensão do surgimento da política social, faz-se necessário enfatizar que elas não se desenvolveram de forma homogênea entre os países, pela razão já mencionada de ser influenciada pela dinâmica entre as classes sociais e o Estado. Além disso, ressalta-se que antes dessas políticas serem implementadas, o exercício do Estado pautava-se na coerção para a manutenção da ordem, e realizou apenas intervenções excepcionais para assistir a população, como expresso com as “protoformas das políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Assim, um marco para o desenvolvimento das políticas sociais foi a instituição do seguro-saúde nacional obrigatório, por Otto Von Bismarck, na Alemanha. Esses seguros atendiam categorias de trabalhadores que não conseguiam exercer a atividade no momento, como no caso de adoecimento. Chama a atenção esta implementação, por estar associada a uma desmobilização da constituição de greves no período, pois no século XIX, os próprios trabalhadores arrecadavam recursos entre si para conseguir alguma segurança ao se ausentar para protestos. Diante disso, destaca-se o fato dos seguros instituídos não serem restritos à população em situação de miséria, tendo como condicionante para o seu acesso a arrecadação de recursos previamente durante a vida laborativa, e também do direito ter sido reconhecido como uma resposta ao contexto de mobilização social da época (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Previamente a discussão sobre a expansão das políticas sociais no século XX, faz-se necessário ressaltar algumas mudanças na atuação do Estado capitalista, perceptíveis na diferenciação entre os estágios do capitalismo “imperialista” e “monopolista”, e do “capitalismo tardio” (MANDEL, 1982).

Nas duas primeiras fases relativas ao capitalismo “imperialista” e “monopolista”, ocorreu uma nova forma de organização da produção, gerando a concentração e crescimento exponencial de lucros para algumas regiões do mundo, a “exportação de capital” (MANDEL, 1982, p.338) e o exercício de poder dos países imperialistas sobre os países colonizados. Disso resulta uma ampliação das funções estatais e a necessidade de investir em aparato bélico, tanto para segurança do próprio país quanto por gerarem acúmulo de lucro.

Para mais, também foi notável uma maior atividade política da classe trabalhadora, representando-se por meio de partidos políticos. Isso ensejou um papel mais “integrador” do Estado, ou seja, ele teve que recorrer a meios menos repressivos em sua atuação, o que é vantajoso para a manutenção do sistema capitalista porque contribui para uma atividade mais “reformista” da classe trabalhadora (MANDEL, 1982).

Outros aspectos da época foram a maior independência do Estado, ampliando seu escopo de atuação; além do maior investimento em políticas sociais devido a correlação de forças do período e para assegurar o básico para a sobrevivência dos trabalhadores frente ao cenário de intensificação da exploração (MANDEL, 1982).

Conforme Mandel, o período do “Capitalismo tardio”, caracteriza-se pela “redução da rotação de capital fixo” (MANDEL, 1982, 339), maior desenvolvimento tecnológico, e maiores gastos das empresas para a preservação da lucratividade. Assim, houve necessidade de uma maior intervenção da administração pública e da “socialização estatal dos custos (riscos)” (MANDEL, 1982, p. 339) para a manutenção do sistema, expressando-se por meio do estabelecimento de medidas estatais que favoreçam a lucratividade de empresas privadas, como por exemplo a partir da venda de recursos com preço mais baixo para determinadas organizações; nota-se também o investimento estatal em ações voltadas para evitar ou amenizar cenários mais suscetíveis de crises econômicas; além de que ocorre uma intensificação da articulação política das classes burguesas em defesa dos seus interesses na política e um desmantelamento de direitos dos trabalhadores (MANDEL, 1982).

Complementando essa discussão, Behring e Boschetti (2016) associam a expansão das políticas sociais no período do século XX, principalmente pelo desenvolvimento da mobilização política da classe trabalhadora, como mencionada a sua ocupação em cargos representativos, mas também deve ser citada a influência socialista a partir de 1917, e a organização fordista da produção industrial que propiciou - no período pós-guerra e da expansão das premissas de Keynes na economia - uma intensificação da produção em massa, associada a uma postura menos combativa dos trabalhadores, com ampliação de direitos e

consumo, a exemplo do recebimento de “salários indiretos” na época (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Segundo Behring e Boschetti (2016), outros acontecimentos determinantes foram as duas Grandes Guerras e a crise da Bolsa de Valores em Nova York, em 1929, com consequências avassaladoras para o comércio no período e para a população, com pessoas sem empregos para consumir, colocou-se em questão a necessidade de um Estado “ativo” para a saída da crise, como proposto com as “medidas anticíclicas” (como as políticas sociais), pelo economista John Maynard Keynes. Para Keynes, as decisões na economia relegadas apenas ao mercado ou à população eram causa das situações de crise, necessitando-se do controle do Estado atuando, por agir em prol dos interesses da sociedade como um todo. Em suma, o foco da intervenção estatal seria evitar a crise, intervindo para a garantia do consumo da população e a lucratividade do mercado, mas também possuir recursos no fundo público, para preservar e reaquecer a economia, caso as crises ocorressem.

Por volta do ano de 1945, estabelece-se o modelo de atuação estatal expresso na “categoria” Estado Social. Boschetti (2018) opta por utilizar o termo “categoria” para compreender a maior intervenção social do Estado no período pós-guerra, mas denunciando a sua relação com a luta de classes, promovendo-se esse acesso de direitos de cidadania nos moldes do sistema capitalista, a manifestação de um processo identificado como “emancipação política”.

Assim, rejeita-se também a utilização de outros termos como “Estado de Bem-Estar Social” para sintetizar as experiências, haja vista que cada país teve sua singularidade nessas ações, como o caso da implementação de modelos de proteção social mais próximos dos sistemas Beveridgianos, “quando predominam amplos serviços não contributivos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.99). Além disso, o referido termo gera um apagamento do contexto histórico de mobilização que resultou nessa configuração, o fato de responder às necessidades econômicas derivadas da crise do período e da necessidade de a população acessar os serviços para conseguir continuar produzindo (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Outrossim, em meados da década de 1970, instaura-se uma nova desestabilidade do crescimento na economia, a partir da “crise do fordismo” (DEMIER, 2017, p.35), colocando-se em questão o movimento de ampliação das políticas públicas, discutido no parágrafo anterior. Behring e Boschetti (2016) já chamavam atenção para o fato de a atuação estatal não estar direcionada apenas para a satisfação das necessidades sociais dos trabalhadores, assim sendo observável com a expansão do neoliberalismo no período, resultando em uma série de

“contrarreformas” dos direitos uma vez garantidos, objetivando-se o retorno do crescimento econômico (DEMIER, 2017).

Demier (2017) identifica que esse conjunto de medidas que iniciaram na Inglaterra, a partir do governo de Margareth Thatcher e houve uma difusão entre os países europeus, caracterizando-se por “[...] cortes de direitos sociais, privatizações, aceleração da reestruturação produtiva e financeirização da economia” (DEMIER, 2017, p.38). Além disso, qualifica o novo modelo de administração estatal a partir do conceito de “democracia blindada”, diante do afastamento de medidas reformistas características do “Estado social” para configurações “impermeáveis às demandas populares [...]” (DEMIER, 2017, p.40). Entende-se que no próprio contexto das disputas políticas, partidos que eram vinculados a propostas de esquerda, passam a incorporar também cortes ou políticas públicas com uma capacidade de atendimento mais limitada.

Na década de 1970, o Brasil passava pelo regime ditatorial, ocorrendo um processo de “internacionalização da economia brasileira” (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.135) e um desenvolvimento econômico do mercado interno, com investimento da industrialização nacional. Observa-se a forte repressão e violência no cenário social, a restrição de direitos fundamentais de cidadania, mas também a ampliação de políticas sociais, como forma de gerar “legitimidade e adesão” (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 136) ao regime na época, um exemplo disso é a cobertura da previdência social para trabalhadores rurais. Além disso, é de se ressaltar que houve também uma ampliação da oferta de serviços privados, e mesmo com essas transformações uma grande parcela da população não era atendida (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Por volta da década de 1980, nota-se o cenário brasileiro marcado pelas lutas sociais, principalmente em prol da democratização, a exemplo do movimento “Diretas já”, e no cenário econômico assola-se uma crise econômica, o endividamento do país, contexto que se reflete na desregulamentação das relações de trabalho, aumento da desigualdade social, entre outras consequências para a população (SILVA, 2011).

Nesse contexto, ocorreu também a instituição da Constituição Federal de 1988, a implementação da seguridade social, ratificando os direitos à saúde, previdência social e assistência social. Nessa direção, estabeleceu-se a instituição de uma proteção social a partir da “tradição Beveridgiana [...] como um sistema de proteção integrado e universal” (MOTA, 2007, p.132), contudo, essa lógica não foi concretizada, embora sejam reconhecidos os avanços a partir da sua instituição, contrapondo-se à lógica dos países europeus e dos EUA do período. Destaca-se esse processo relacionado ao contexto de avanço do neoliberalismo a partir da

década de 1990, influenciando no acesso aos direitos sociais regulamentados e estabelecendo-se orientações para a política interna e para a administração estatal (MOTA, 2007).

Demier (2017) destaca o governo de Fernando Henrique Cardoso, para o avanço do processo de contrarreforma aos moldes brasileiros, em razão das medidas econômicas implantadas, como a instituição do Plano real (DEMIER, 2017, p.61), além dos obstáculos para a consolidação dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988⁵ e para a mobilização social do período, levando-se a uma atuação centralizada na preservação dos direitos e não mais em prol da sua ampliação.

Sendo assim, foi possível analisar nesta seção as principais características das políticas sociais e o seu desenvolvimento histórico diferenciado no cenário internacional, como o desenvolvimento do denominado “Estado de Bem-Estar Social”. Destacou-se também a particularidade dessas regulações a partir da década de 1980 no cenário brasileiro, com as lutas pela democracia, culminando na Constituição Federal de 1988 e na implementação da seguridade social, que, no entanto, viria a sofrer determinações com o avanço do projeto neoliberal.

2.2 Conservadorismo e Política Pública, ênfase no programa “Crack, É Possível Vencer”

O “conservadorismo” pode ser definido como um “sistema de ideias” (SOUZA, 2015, p.2), sua vertente “clássica” surgiu na modernidade, expressando um pensamento antagonista à consolidação das transformações protagonizadas pela burguesia na época.

Além disso, a vertente é determinada pelas “contradições do sistema do capital” (SOUZA, 2015, p.3) e vem sofrendo ao longo do tempo transformações internas em suas premissas. Escorsim Netto faz uma leitura marxista sobre o fenômeno do conservadorismo, levando em consideração elementos históricos e sociais para o entendimento do desenvolvimento da corrente, e define o “pensamento conservador” da seguinte maneira:

o pensamento conservador é uma expressão cultural particular de um tempo e um espaço sócio-histórico muito preciosos: o tempo e o espaço da configuração da sociedade burguesa – configuração que deve ser tomada como uma ‘rica totalidade de determinações e relações diversas’ (MARX, 1982, p.14) e em que operam movimentos e tensões em todas as esferas e instâncias sociais (ESCORSIM NETTO, 2011 *apud* EIDT, 2016, p.3).

⁵ SILVA, Maria Lucia Lopes. O Significado da seguridade social na Constituição de 1988. In: SILVA, Maria Lucia Lopes. **(Des)Estruturação do Trabalho e Condições para a Universalização da Previdência Social no Brasil**. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília. 2011. pp. 89-106. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/8716>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

Para mais, pode-se demarcar a vigência da vertente do conservadorismo clássico, o período entre “1789 e 1914” (SOUZA, 2015, p.5), e do conservadorismo moderno, a partir de “1910 até 1960-1970” (SOUZA, 2015, p.5), com aproximações e distanciamentos nas suas elaborações, embora na contemporaneidade ainda seja perceptível o seu núcleo de pensamento, tratar-se de uma “ideologia antirrevolucionária” (SOUZA, 2016, p.115).

Vale destacar, existe contemporaneamente o debate sobre o “neoconservadorismo”, utilizando-se esse termo para definir o movimento “pós-moderno”, contudo, Souza (2016) realiza uma crítica a essa perspectiva, por não ter elementos precisos que a delimitam, apenas efetuam uma associação entre o “movimento” e o irracionalismo.

Diante disso, o conservadorismo designa uma corrente de pensamento típica do período da Revolução Francesa, tendo-se como um dos seus representantes Edmund Burke, e é caracterizado por basear-se em ideias contrárias à mobilização política popular e às mudanças institucionais orquestradas pelo processo revolucionário da burguesia no período, como por exemplo, a destituição do espaço de poder da igreja. Ressalta-se que o “conservadorismo” não emergiu em oposição ao desenvolvimento econômico como tal, mas sim a transformação da “moralidade” e da distribuição de poderes daquela “ordem social” (NASCIMENTO, 2019).

Complementando essa ideia, em análise da obra “Reflexões” de Edmund Burke, representante do “conservadorismo clássico”, destaca-se a distinção realizada pelo autor sobre as Revoluções “Gloriosa” (1688-1689) e “Francesa” (1789-1799). Quanto à primeira, é vista de forma elogiosa pelo autor, tratando-se de uma revolução que aconteceu na Inglaterra, na qual houve uma transição de poder para o parlamento, trouxe benefícios para a burguesia, todavia, não houve violência armada e as mudanças instituídas não colocaram em risco a organização social do período. Dessa forma, para Burke, até poderiam existir mudanças na sociedade, como no caso do campo político, desde que preservem a tradição (SOUZA, 2016).

No tocante à Revolução Francesa, Burke se opunha aos princípios propagados naquele contexto, como a racionalidade e a democracia. Além disso, entendia a função da religião cristã para manutenção do Antigo Regime e era crítico a ideia da liberdade religiosa, em razão do risco à tradição. Na sua perspectiva sobre as classes sociais, a partir de um julgamento moral, foi favorável ao controle da política ser exercido pela classe dominante, e defendia que as classes dominadas deveriam ser subordinadas a essas decisões, por seus costumes serem vistos de forma desvalorizada. Outra característica da obra do autor que chama a atenção é o seu fundamento nos “preconceitos” — segundo o qual estes últimos consistiriam em um referencial estabelecido pelo acúmulo das experiências” (SOUZA, 2016, p.129), subsidiando

perspectivas que classificam e julgam determinadas pessoas como riscos para a sociedade (SOUZA, 2016).

Ademais, o conservadorismo se modificou a partir da constituição dos capitalistas como classe, ocorrendo que este “converte-se em subsidiário da defesa burguesa contra o novo protagonista revolucionário, o proletariado” (NETTO, 2011 *apud* NASCIMENTO, 2019, p.65). A burguesia, anteriormente articulada politicamente com a população, pressionava por uma superação da ordem feudal, contudo, ao superar esta ordem, adquirindo seu poder no capitalismo, passa a atuar em função de conservá-lo. Disso resulta um pensamento burguês e conservador a partir de 1848, pois foi um período efervescente de lutas da classe trabalhadora, desenvolvendo-se um “conservadorismo” expresso na preocupação da burguesia em solapar qualquer potencial revolucionário da sociabilidade capitalista (NASCIMENTO, 2019).

Souza (2016) também disserta sobre a aliança entre um pensamento burguês e conservador em meados de 1848, destacando que garantir o equilíbrio no campo econômico e o repúdio às lutas desenvolvidas pela classe trabalhadora foram interessantes ao conservadorismo, visto que, mantém a organização social, o que nesta perspectiva é julgado benéfico para a sociedade.

De acordo com Souza (2015), a partir de pensadores como o Comte, o conservadorismo ganha legitimidade no campo da ciência e inaugura um posicionamento favorável à burguesia, formulando teorias que fundamentam a preservação da ordem social. Outro pensador importante da sociologia do período é Émile Durkheim, porque trouxe subsídios para uma resposta moralizante à “questão social”, compreendendo que as condutas dos indivíduos se expressam na ordem social e por isso seria necessário educá-los para a sua preservação (EIDT, 2016).

Para mais, Eidt (2016) pontua que a perspectiva conservadora clássica se reflete no campo das políticas sociais, por aspectos como a visão de um Estado coercitivo, a rejeição das diferenças na sociedade e o imperativo da harmonia social.

Quanto ao “conservadorismo moderno”, caracteriza-se por alguns pressupostos, como a base de pensamento fundamentada em Hannah Arendt e seu conceito de “totalitarismo”, concebendo os regimes fascistas e socialistas como semelhantes e atroz. Dessa forma, posiciona-se de forma contrária a ambos a partir de uma perspectiva “presentista” (nem passado - reacionário, nem futuro - revolucionário, somente o presente importa)” (SOUZA, 2015, p.7), o que aparenta ser “progressistas” (SOUZA, 2015, p.7) por esse antitotalitarismo.

Outro pressuposto característico do “conservadorismo moderno” é o da “prudência” (SOUZA, 2015, p.7), tratando-se da negação de experiências de transformação social por não

se ter controle sobre o seu resultado. Pode-se interpretar um distanciamento deste sistema com teorias como a marxista, haja vista que não levam em consideração a processualidade histórica e os fenômenos concretos em sua interpretação da sociedade. Souza (2015) também destaca a elaboração de uma figura conservadora genérica nesse tipo de vertente, tratando o “conservadorismo” como uma “qualidade” que o indivíduo possui quando valoriza a preservação dos costumes.

Na contemporaneidade, o conservadorismo se expressa principalmente a partir da disputa sobre o modelo de família na sociedade, um fato ilustrativo nos projetos de lei brasileiros com pautas relacionadas à diversidade sexual; o pensamento conservador se difunde por transmitir ideias que as pessoas estão habituadas, não exigindo uma reflexão crítica sobre o que é apropriado. Além disso, outra característica marcante é que não possui uma coerência no seu pensamento, integrando diferentes temáticas favoráveis a continuidade da ideologia dominante, ou seja: “[...] é possível encontrar diferentes posicionamentos em convivência e uma absorção do ethos político, econômico e cultural dominante através do qual o conservadorismo se constitui e se adapta” (FERREIRA, 2016, p.169).

Para mais, o conservadorismo no Brasil obteve a sua maior expressão no período militar, embora na última década seja notável a articulação da corrente com o avanço da “nova direita”. Eidt (2016) cita algumas características da “nova direita”, tais como a defesa de um sistema de proteção social restritivo aos poucos que sejam “merecedores”, a responsabilização dos indivíduos pela sua condição social, a naturalização da desigualdade social e a valorização do mercado para responder às necessidades dos indivíduos.

De acordo com Souza (2016), o avanço do conservadorismo não é uma particularidade do cenário brasileiro, haja vista que desde meados de 2010 tem sido perceptível esse movimento no cenário externo norte americano e europeu, relacionando-se esse processo com a crise do capital de 2008 e o avanço da extrema-direita. Expressão deste movimento são discursos que culpabilizam setores vulnerabilizados da população por adversidades oriundas da dinâmica do sistema capitalista, sendo assim, funcionais ao sistema. Ademais, a expressão do conservadorismo no Brasil apresenta especificidades relativas a fatores sociais, econômicos e culturais.

No tocante ao contexto de avanço do conservadorismo no território brasileiro contemporaneamente, pode-se sintetizar sua expressão a partir da seguinte citação:

[...] reproduz um modo de ser fundado em valores historicamente preservados pela tradição e pelos costumes – no caso brasileiro –, um modo de ser mantido pelas nossas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo (BARROCO, 2015 *apud* EIDT, 2016, p.11).

De acordo com Eidt (2016), o discurso conservador se difunde entre as classes sociais, e seu avanço ocorreu no período do governo petista, no ano de 2013, tendo-se o marco da articulação entre o “conservadorismo” e a “nova direita”, a partir do mote contra à corrupção. Entende-se que o governo petista propiciou uma transformação nas condições de vida das classes dominadas devido ao investimento em medidas centralizadas no acesso ao consumo e na participação nos espaços sociais, todavia, não houve nesse processo de reconhecimento do acesso como um direito social.

Complementando essa ideia, Demier (2017) também analisa esse período do governo petista, pontuando sobre o avanço para a classe trabalhadora em termos de consumo, mas articulado às medidas econômicas favoráveis à burguesia, amenizando o conflito entre as classes em seu primeiro período de mandato. Contudo, o período “tranquilo” teve seu fim na época do mandato da ex-presidenta Dilma Rousseff, havendo uma piora na economia e na qualidade de vida da população de forma geral.

Dessa forma, essas pioras econômicas e a efervescência social tornaram a gestão de governos petistas desinteressante para o Capital e abriram precedentes para o “renascer das cinzas a então Oposição de Direita” (DEMIER, 2017, p.84), ou seja, sucederam espaço para a oposição à gestão petista, a qual foi também sustentada pelos veículos midiáticos no contexto. Demier (2017) identifica o movimento de avanço da direita como uma “*onda conservadora*” (DEMIER, 2017, p.86), mencionando-se a força que a direita ganhou, mobilizada junto a grupos conservadores na sociedade, em prol do impeachment da Dilma, no ano de 2015.

Recorre-se ao conceito de “temor da proletarização” (DEMIER, 2017, p.89) para explicar o cenário, entendendo-se que a insatisfação quanto às pioras das condições de vida da população, de forma generalizada, foi descarregada nos grupos vulnerabilizados da população, por serem vistos como a causa da situação. Assim, o histórico de políticas implementadas pelos governos petistas, benéficas a esses grupos vulnerabilizados, possibilitando-se uma maior participação social de espaços que anteriormente estavam excluídos, tornaram sua gestão também alvo da reação da oposição.

Ademais, para uma maior compreensão sobre o conservadorismo no cenário brasileiro na atualidade, pode-se valer de Quadros e Madeira (2018). Preliminarmente, os autores realizam uma comparação entre os campos da esquerda e da direita, descrevendo que a esquerda orienta-se por valores como os “de emancipação e igualdade” (QUADROS; MADEIRA, 2018, p.490) e para a transformação das relações desiguais estabelecidas em sociedade; enquanto a direita fundamenta-se pelos princípios “da tradição e da hierarquia” (QUADROS; MADEIRA,

2018, p.490) e estaria mais preocupada com a garantia da liberdade e com os impactos que “mudanças” podem produzir na ordem social. Diante disso, identificam o conservadorismo como uma “macroideologia” que surgiu a partir da direita e está mais alinhada com as suas ideias no espectro político, embora não seja exclusivo da mesma.

Quadros e Madeira (2018) analisam a atuação da bancada evangélica - conservadorismo “religioso” - e da bancada da bala - conservadorismo “laico” (QUADROS; MADEIRA, 2018, p.503) no cenário político brasileiro, compreendendo uma relação entre o campo da direita e do conservadorismo em razão de três premissas principais: “as ideias de tradição (manutenção da ordem), hierarquia (oposição à igualdade), ceticismo diante da retificação e reação em face da ‘ameaça’” (QUADROS; MADEIRA, 2018, p.491).

Nos últimos anos, as identidades políticas de “conservador” ou “direita” têm sido mais veiculadas na disputa política, algo que não era comum desde o período ditatorial. Consoante Quadros e Madeira (2018), esse fenômeno ganhou força em meados de 2010, como uma resposta às conquistas sociais da última década, resultando em atores políticos heterogêneos em suas trajetórias políticas que passam a cooptar setores da população identificados com esses rótulos e intervir no campo público com o propósito de conservar os valores tradicionais.

No tocante a bancada evangélica, esta surgiu no ano de 2003, expressando uma transformação quanto à representação do campo religioso na política do cenário brasileiro nas últimas décadas. Desde meados de 1980, aumentou o número de brasileiros que se identificam como evangélicos, e esse grupo religioso tem atuado politicamente em prol de seus interesses, com o apoio dos crentes, logrando uma agenda política com pautas moralizantes e favoráveis ao funcionamento das igrejas, como a liberação do pagamento de impostos. Destaca-se essa articulação da religião evangélica pentecostal como inovadora para a vertente e que surgiu para disputar o espaço na política com o grupo hegemônico da religião católica e grupos da população com ideias progressistas (QUADROS; MADEIRA, 2018).

Quadros e Madeira (2018) descrevem a bancada evangélica na atualidade, com alguns cuidados em termos metodológicos, ressaltando as divergências entre os parlamentares integrantes, como por exemplo seus partidos políticos, entretanto, salientando que possuem uma mesma direção conservadora religiosa na sua atuação política. Assim, descrevem também expressões desta atuação, como propostas de projetos de lei desses parlamentares e mobilizações dedicadas, sobretudo, a frear pautas progressistas relativas ao aborto e aos direitos da população LGBTQIA+, como o caso popular referente ao “kit gay”.

Considerando-se a temática da pesquisa sobre o programa “Crack, é possível vencer”, é pertinente mencionar a análise em Quadros e Madeira (2018) sobre a “bancada da bala”, haja

vista que as drogas são vistas socialmente como uma questão a ser tratada pela segurança pública. Assim, no tocante a “bancada da bala”, pode-se defini-la da seguinte forma:

A Bancada da Bala é a representante política de um conjunto de ideias e atitudes, que se fundamentam na percepção de que o contexto social está marcado por uma crescente e constante insegurança e desordem pública radical. [...]. Haveria um excesso de liberdade e uma perda de autoridade das instituições, sustentada pela incapacidade das leis democráticas e do Estado de Direito de promover a ordem (BERLATTO; CODATO, 2015 *apud* QUADROS; MADEIRA, 2018, p.504).

Quanto à sua composição, nota-se em 2014, um movimento de articulação entre diferentes frentes parlamentares que se interessavam pela pauta da segurança pública, todavia, destaca-se “21 deputados” (QUADROS; MADEIRA, 2018, p.504) como integrantes da referida bancada. Assim, pode-se sintetizar algumas características da “bancada da bala”: a presença de antigos agentes de segurança pública, como policiais, a reação conservadora a pautas relativas aos direitos humanos, defendendo-se questões como “a redução da maioria penal” (QUADROS; MADEIRA, 2018, p.505) e a valorização de instituições com uma lógica punitivista.

Ademais, é de se reiterar que o conservadorismo não se limita apenas ao campo da “direita”, mas esse tipo de pensamento também se manifesta em setores “à esquerda” do espectro político (FERREIRA, 2016). Refletindo-se sobre a temática da pesquisa acerca das comunidades terapêuticas, isso se torna perceptível no campo da saúde mental, quando se analisa a votação para a instituição da Frente Parlamentar das Comunidades Terapêuticas - FPCT, em 2015, contando com cinco assinaturas de deputados de partidos de esquerda, mesmo a finalidade da FPCT sendo normatizar e conseguir recursos para as CTs (DOUDEMMENT; CONCEIÇÃO, 2018). Ainda, que historicamente, os partidos de direita sejam os principais veículos desse tipo de pensamento conservador.

Outro exemplo foi o trâmite do “Projeto de Lei Complementar (PLP) 134/2019”, no qual quatro partidos de esquerda representaram-se votando favoravelmente a isenção tributária às comunidades terapêuticas, sendo o PSOL a única exceção disso (COSTA, 2021).

Vale ressaltar a crítica realizada por Costa (2021), pontuando que dentre os partidos assinalados está o partido dos trabalhadores (PT), no qual em sua gestão no passado aconteceram inúmeros avanços para o campo da saúde mental, todavia, demonstrou nesta votação suporte a uma pauta contrarreformista, em benefício a uma lógica de tratamento que se organiza de forma manicomial, priorizando a lucratividade e pautada em valores conservadores. Assim, o autor reforça a necessidade de os partidos de esquerda reconhecerem e se

comprometerem com a luta antimanicomial, respeitando o histórico de mobilização política para a conquista desses direitos.

Diante disso, dando continuidade à discussão sobre o conservadorismo no campo da saúde mental, Farias e Passos (2018) dissertam sobre tais expressões, como situações de usuários de psicoativos que não seguem a norma padrão de sexualidade e são internados em CTs, ocorrendo nesses estabelecimentos a tentativa de “converter” sua sexualidade e o desrespeito a identidade e a expressão de gênero das pessoas transsexuais e travestis internadas. Outro exemplo é o controle das relações desenvolvidas no espaço, sendo vedado o envolvimento entre internos, além de ser imposto o princípio da abstinência sexual durante o tratamento, do qual a pessoa é sujeita a punições, caso desrespeite.

Passos, Gomes e Santos (2022) também exemplificam o conservadorismo com o trâmite da PL Nº 565 de 2019 que versa sobre a institucionalização das CTs como política pública, recebendo financiamento estatal regulamentado, e as comunidades exercendo diferentes níveis de atenção ao usuário, desde a prevenção. Assim, apesar da especificidade da PL acontecer no Rio de Janeiro, relaciona-se o fenômeno com o cenário mais amplo do campo da saúde mental, objeto da discussão.

Para mais, o conservadorismo manifesta-se na “análise des-historicizada e presentista” (PASSOS; GOMES; SANTOS, 2022, p.207) sobre os dispositivos de saúde no território, na afirmação que esses espaços não realizam um tratamento adequado para os usuários de álcool e outras drogas e a resposta fosse a responsabilização das comunidades terapêuticas, com um tratamento predominantemente moral e religioso.

Posto isso, discute-se também essa busca por uma priorização das CTs atualmente estando concernente ao processo de “formação social brasileira”, caracterizada por uma forma de poder coercitiva, as decisões estão nas mãos das classes dominantes e são reflexos do padrão moral difundido na sociedade, do qual, historicamente, as ações voltadas para a classe dominada apenas garantem condições mínimas para continuarem trabalhando (PASSOS; GOMES; SANTOS, 2022). Dessa forma, em contextos de avanço do conservadorismo, essas características podem se refletir na implementação de políticas sociais com “base moral-punitiva e individualista” (PASSOS; GOMES; SANTOS, 2022, p.208) e somarem-se a própria força das religiões evangélicas neopentecostais nacionalmente.

A partir desta seção foi possível analisar o desenvolvimento do conservadorismo historicamente, a sua especificidade e avanço nas últimas décadas no cenário brasileiro, e as incidências desse processo para o desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil, com ênfase na implementação de comunidades terapêuticas.

2.3 O Surgimento e o Desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil

A questão das drogas historicamente suscitou diferentes respostas da sociedade, geralmente pensadas a partir do campo da psiquiatria e do direito. Todavia, é de se ressaltar a influência da religião nesse campo, a exemplo da disputa realizada pelas CTs para ocupar-se do tratamento dos usuários de álcool e drogas. Logo, entendemos como pertinente para compreensão do fenômeno das drogas “a inclusão da força cultural e política das religiões que forjam saberes e práticas, produzindo a tríade religioso-médico-legal” (CAVALCANTE, 2019, p.246), ou seja, o espaço da religião na vida social, da sua atuação histórica no campo político, cultural, incluindo questões como a relação entre a religião e o campo das drogas e a percepção da população sobre o papel da religião como “promotora” de saúde.

Quanto à relação entre a religião e o campo das drogas, pode-se notar historicamente o uso das substâncias em diferentes tipos de rituais, sendo um exemplo contemporâneo o “campo das religiões ayahuasqueiras brasileiras” (GOULART, 2003, p.4), como a vertente Santo Daime. A ayahuasca é uma bebida feita a partir de compostos vegetais, contendo a substância psicoativa DMT (N-Dimetiltriptamina) que ganha um sentido sagrado nesse contexto religioso. Esse uso da ayahuasca já era presente entre comunidades indígenas no Brasil, todavia, no contexto de religiões não indígenas, iniciou na Região Amazônica e difundiu-se para as grandes cidades brasileiras por volta da década de 1970 (GOULART, 2003).

Historicamente, o fato de utilizarem-se de “substâncias” nos rituais tornou as religiões ayahuasqueiras brasileiras objeto de perseguição dos campos jurídico e social. E Goulart (2003) ressalta que isso se refletiu no interior do próprio campo, com determinadas religiões do campo alimentando preconceitos dos quais elas próprias foram alvo, buscando diferenciar-se das demais a partir do tipo de substância utilizada (a ayahuasca e o tabaco e/ou a cannabis sativa) em seus rituais, ou pela rigorosidade de como é preparada a sua ayahuasca (GOULART, 2003).

Goulart (2003) pondera que as religiões da tradição ayahuasqueira buscam quebrar a estigmatização sofrida por utilizarem de substâncias entorpecentes, diferenciando o uso sagrado do uso nos demais contextos. Sendo exemplar desses tensionamentos o caso da “cannabis sativa” que, por ser uma droga ilegal na sociedade brasileira, reverbera-se em posicionamentos de determinadas vertentes que recusam seu uso, enquanto outras, como a vertente CEFLURIS, que entendem um valor sagrado no seu consumo, comparação esta que pode ser percebida no seguinte trecho:

Enquanto alguns grupos procuram evitar ser associados a um contexto de uso de drogas profanas e ilícitas ao recusarem o consumo da Cannabis sativa, outros tentam eliminar esta associação ao sacralizarem esta planta. No CEFLURIS, a Cannabis sativa passou a ser Santa Maria e o usuário desta substância não era um “maconheiro” e muito menos um “drogado”, mas um “mariano”, em referência à ordem católica da Virgem Maria (Mortimer 2000: 131-138). (GOULART, 2003, p.9).

Dessa forma, observa-se a existência do uso de “drogas”, no sentido adotado nesta pesquisa, em contextos religiosos, mas os tipos de substância, a forma com que serão utilizadas, ou seja, a condenação ou a aceitação para o uso varia entre as religiões existentes e a depender do contexto de uso.

No que concerne ao campo religioso e a sua interferência no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, isso não é um fenômeno recente, visto que se percebem exemplos no século XIX, com a atuação do Movimento da Temperança, e no século XX, com a Irmandade de Alcoólicos Anônimos (REIS, 2019).

O Movimento da Temperança surgiu na Inglaterra, e teve força nos Estados Unidos, os seus valores foram influenciados pela religião protestante, sendo alguns destes uma perspectiva “individualista” e “ordenada” da sociedade, na qual o indivíduo “deveria cuidar de si próprio, mantendo-se ‘equilibrado’, tendo em vista a necessidade de uma condução ‘harmônica’ de seus papéis sociais” (REIS, 2019, p. 222). Além disso, pregava a abstinência aos “prazeres”, como o álcool, e o princípio do indivíduo viver disciplinadamente para que merecesse ir para o reino de Deus após a sua morte (REIS, 2019).

Em análise de Weber, Reis (2019) discute a relação entre o protestantismo, o desenvolvimento do sistema capitalista, e a doutrina liberal, em razão dos valores dessa religião estabelecerem o chamado “ethos capitalista”. Isso porque na perspectiva protestante, o homem não possuía a garantia do seu destino no reino de Deus, assim, devendo passar os seus dias trabalhando, sem gastar seu salário, com atitudes congruentes ao ideal moral do período, responsabilizando a si mesmo para a conquista deste destino. O que são premissas que se alinham com a doutrina liberal, por atribuir a responsabilidade ao indivíduo, enquanto minimiza os deveres do Estado com a população.

Nessa direção, a expressão do Movimento da Temperança nos Estados Unidos, seguindo os referidos valores, influenciou na demonização e proibição das bebidas alcoólicas no país, inclusive, atuando nos espaços públicos em prol dessa proibição, como o envolvimento do grupo para a instituição da Lei Seca, na década de 1920. Consoante Reis (2019), essas ações do movimento demonstram uma pregação de seus valores particulares para o resto da sociedade. Também pode ser inferida a partir dessas atitudes uma tentativa do movimento de limpar as

“tentações” dos prazeres - como a bebida - que o indivíduo está sujeito no seu meio (REIS, 2019).

A partir de membros do Movimento da Temperança surgiram, em 1840, a Sociedade de Temperança Washingtoniana, e em 1920, os Grupos Oxford (REIS, 2019).

Quanto à Sociedade de Temperança Washingtoniana, Reis (2019) ressalta que atuou até meados dos anos de 1848, e possuía características similares à Irmandade dos Alcoólicos Anônimos. Tratava-se de um grupo com reuniões cotidianas, cujas atividades dos participantes tinham como princípio o “benefício mútuo” (REIS, 2019, p. 226), e na dinâmica das reuniões, os membros faziam depoimentos sobre o seu histórico “nocivo” com a bebida alcoólica. Vale destacar que esta sociedade trouxe novas perspectivas sobre o consumo do álcool para a época, aproximando o consumidor da substância a figura do “doente”, e pela forma de organização das reuniões com a troca de experiência entre os participantes (REIS, 2019).

Já os Grupos Oxford, foram um movimento religioso, fundado por Frank Buchman (REIS, 2019) e sua atuação influenciou posteriormente no desenvolvimento da Irmandade de Alcoólicos Anônimos, sendo isso observável pelos quatro princípios básicos que os orientavam:

- a) Entrega a Deus através do rigoroso autoexame (um tipo de *inventário moral* das próprias falhas); b) Confissão dos defeitos de caráter para outro ser humano; c) Fazer reparação aos danos causados a outras pessoas; d) Compartilhar essa experiência com outras pessoas sem pensar em recompensar (REIS, 2019, p. 228).

Dessa forma, nota-se na atuação dos Oxford, o objetivo da mudança moral do indivíduo e a centralidade da figura de Deus para esse processo acontecer, e assim como nesses princípios basilares citados, a questão da moralidade fica evidente em outros valores que eles cultivavam, como o da “absoluta pureza” (REIS, 2019).

É válido mencionar que, tal como a Sociedade da Temperança Washingtoniana, os Oxford também se organizavam por meio de reuniões, todavia, não se restringiam a causa da “bebida alcoólica”, buscando a transformação de outros grupos que são estigmatizados na sociedade, como as “prostitutas” (REIS, 2019).

No tocante à “Irmandade de Alcoólicos Anônimos” (AA), o grupo surgiu oficialmente em 1935, resultante do encontro entre Bill Wilson e Dr. Bob Smith, um trabalhador do campo da bolsa de valores e um médico, com problemas relacionais associados ao consumo de bebida alcoólica. Como explicado por Reis (2019), a história dos AA descreve que a partir do referido encontro, ocorreu o auxílio necessário para Bob parar de beber. Assim, resulta a premissa dos AA: o ato de falar entre “irmãos” sobre os próprios problemas com bebida alcoólica auxilia o grupo integralmente na superação da mesma (REIS, 2019).

Ressalta-se a influência das dimensões espiritual e religiosa na irmandade, a influência espiritual é notável na vida de um dos fundadores, Bill Wilson, pois em uma das suas experiências internado por causa do consumo da bebida alcoólica, relatou ser acometido por um “despertar espiritual” (REIS, 2019, p.231) que motivou sua busca pela abstinência da bebida, um fato precursor da “irmandade”.

Além disso, apesar dos AA não se identificarem como um grupo religioso, foram influenciados por grupos e doutrinas religiosas, tais como as dos padres Sam Shoemaker e Edward Dowling. Além de estar explícito nos próprios fundamentos do grupo, nos “Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos”, o incentivo às práticas espiritualizadas, como as orações (REIS, 2019).

Com base em Reis (2019), é válido destacar a noção de “conversão” espiritual pregada pelo pastor Schoemaker. A “conversão” é o indivíduo superar a sua dependência da bebida alcoólica por meio da “oração”, pois esse “processo” propicia o encontro do indivíduo com o caminho designado por Deus, portanto, uma vida abstinentes. Relacionando a essa ideia, Reis (2019) cita o objetivo do “renascimento” almejado pelo AA, o pressuposto do membro conseguir romper na sua vida individual com o seu passado “inferior”, no qual consumia bebidas alcoólicas, e construir um futuro “superior” e valorizado socialmente, pautado na sobriedade.

Para mais, Reis (2019) também discute sobre a questão da moralidade no tipo de tratamento exercido na irmandade, pois mesmo que assumam a questão do álcool como uma “doença”, ainda existe essa individualização do problema para sua superação. Baseando-se em Mariz, a autora realiza uma comparação entre a irmandade e as igrejas neopentecostais sobre esse fenômeno do alcoolismo, dissertando que nas igrejas a explicação da pessoa consumir a bebida é a perversão do seu caminho divino, e o tratamento se pauta na “conversão” e a “libertação” desse mal, por meio da moralização do indivíduo e preces dos seus próximos (REIS, 2019).

Diante disso, para o entendimento da popularidade das religiões no “tratamento” em saúde no caso brasileiro, pode-se recorrer ao conceito de “Apoio Social”, discutido por Vasconcelos (2019). Em suma, o “Apoio social” trata-se de recursos materiais ou verbais fornecidos por pessoas nos quais se tem encontros contínuos e que acabam promovendo a todos uma sensação de “mais sentido e controle sobre suas vidas” (VALLA *apud* VASCONCELOS, 2019, p. 138), influenciando beneficentemente a saúde delas.

Vasconcelos (2019) pondera sobre o “paradoxo apoio social” existente no Brasil, complexificando o sentido da adesão às religiões neopentecostais pela classe trabalhadora.

Alguns exemplos dessa adesão acontecem em regiões dominadas pelo tráfico, em que as igrejas podem ser a via para intermediar a saída de um familiar da situação, ou algum membro da igreja pode ser reconhecido e admirado naquela comunidade como exemplo de superação pelo uso da substância. Outros exemplos são o reconhecimento ganhado por homens que antes utilizavam “drogas” e passam a frequentar igrejas, entendendo que ele segue os valores do espaço, o que diminui a sua estigmatização e de seus familiares na região, influenciando inclusive na contratação em empregos; além disso, também é mencionada a procura da ajuda religiosa em locais que não possuem serviços públicos ou horários disponíveis para atendimento da população (VASCONCELOS, 2019).

Diante disso, Vasconcelos (2019) afirma o “Apoio Social” como paradoxal, dado que, a procura pela “religião” pode ser entendida como um apoio para a população em situações de sofrimento e também desassistência em meio a um cenário de desigualdade. Por outro lado, as igrejas neopentecostais fundamentalistas podem reforçar relações desiguais e intolerantes, culpabilizando indivíduos, e pregando práticas e valores aliados do conservadorismo.

Ademais, a busca da classe trabalhadora ao “apoio social” por meio da religião deve ser analisada de forma complexa, considerando que há essa procura mais contundente em períodos de “mudanças sociais intensas” (CAVALCANTE, 2019, p. 266), nas quais as outras instituições não oferecem recursos para o suporte da população. Além de que fatores sociais, como a situação de miséria, trabalho precarizado, falta de acesso a direitos básicos, afetam a saúde mental provocando “um estado de emergência permanente” (CAVALCANTE, 2019, p. 267) nas pessoas, identificado como estresse, e não constitui uma demanda que a lógica do sistema de saúde consiga atender (CAVALCANTE, 2019).

Diante desse levantamento sobre os atravessamentos entre o campo da religião e da saúde, pode-se refletir sobre o espaço tomado pelas comunidades terapêuticas no Brasil para o tratamento de usuários de drogas e o seu modelo de funcionamento.

Cavalcante (2019) discute a complexidade do fenômeno de expansão das CTs no cenário brasileiro e os impasses que isso provoca para a premissa de laicidade do Estado e na oferta de cuidado estipulada pela política de drogas do país. Além disso, pondera sobre outros fatores determinantes para essa expansão, como a conjuntura de reduzido investimento estatal nas políticas públicas, o que contribui para a busca por formas alternativas de assistência à saúde; a disputa de interesses políticos e econômicos sobre essas organizações; e também a atuação das bancadas religiosas no congresso nacional, posicionando-se em desfavor do modelo de tratamento da redução de danos.

Com o intuito de descrever o processo de desenvolvimento das CTs no Brasil, vale discorrer brevemente sobre os principais modelos no cenário internacional.

Conforme IPEA (2017) não há um consenso quanto a origem das CTs, sendo um dos modelos reconhecidos o criado a partir dos grupos “Oxford”, no século XIX, que influenciou posteriormente a criação dos grupos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos nos Estados Unidos. Outro modelo é o que surgiu na Inglaterra, na década de 50, a partir de Maxwell Jones, com uma perspectiva questionadora ao tratamento manicomial exercido no período.

Conforme mencionado anteriormente, em 1920 surgiu os grupos “Oxford”, cujos princípios eram a valorização do trabalho, a ajuda e a transformação moral do indivíduo. No período pós-guerra, surgiram as CTs como uma forma de proposta distinta do modelo manicomial para os indivíduos em sofrimento mental. Já na década de 1960, essas comunidades passaram a atender também pessoas usuárias de drogas, orientando-se pelos valores dos grupos “Oxford” e do “Alcoólicos Anônimos” (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Quanto ao modelo da Inglaterra da “Comunidade Terapêutica” de Maxwell Jones, objetivou-se a transformação dos manicômios, para que se tornassem efetivamente um espaço de “cuidado”. O contexto do período era marcado pela necessidade de tratamento dos muitos soldados que retornavam da guerra e a falta de quantidade suficiente de profissionais e materiais para suprir essa demanda (AMARANTE, 2007). Dessa forma, criou-se meios no *Hospital Monthfield* para responder a essa necessidade, a partir da implicação dos próprios pacientes nas atividades da instituição, como a criação de espaços coletivos para debater os tratamentos dos mesmos. Disso surgiu o modelo de CTs organizado por Maxwell Jones. Para Jones, o caráter terapêutico da instituição se dava a partir da “democratização das relações” (JONES *apud* AMARANTE, 2007, p.43), orquestrando um modelo de tratamento que envolvia a participação conjunta dos trabalhadores e pacientes, cotidianamente, nos processos da instituição.

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) descrevem as críticas realizadas por Birman e Amarante aos modelos internacionais reformistas no interior do campo da psiquiatria e das CTs desenvolvidos no pós-guerra, pois por mais que esses tenham surgido como uma proposta de tratamento distinta dos manicômios, reforçam a necessidade de transformação do indivíduo para retornar a sociedade, e também da exclusão social, visto que não criam oportunidades durante o tratamento para as pessoas conviverem fora da instituição.

A partir dessa breve caracterização e descrição do desenvolvimento dos modelos internacionais das CTs, pode ser abordado sobre o modelo brasileiro, discussão introduzida na seção 1.3.

Primeiramente, é pertinente ressaltar algumas diferenças do modelo da Inglaterra de Maxwell Jones do modelo de CTs brasileiro. Baseando-se em IPEA, observa-se a especificidade dos modelos brasileiros por possuírem essencialmente uma base religiosa para o tratamento, em sua maioria católica e evangélica, baseando-se na “tríade trabalho-disciplina-espiritualidade” (IPEA, 2017 *apud* CAVALCANTE, 2019, p. 273). Ressalta-se também a organização das relações nas instituições e as atividades de tratamento são decididas pelos gerenciadores das CTs brasileiras, contrapondo-se à perspectiva democrática entre trabalhadores e as pessoas em sofrimento atendidas na instituição (SANTOS, 2018; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Além disso, alguns autores (COSTA, 2020; BARDI; GARCIA, 2022) colocam em questão o entendimento das CTs brasileiras como uma opção distinta ao modelo asilar, como previsto na proposta de Jones.

Por outro lado, consoante Santos (2018, p.12) percebe-se a continuidade das relações “entre pares” no modelo das CTs brasileiras, tal como no modelo inglês. Ademais, destaca-se o sentido de “comunidade” das CTs brasileiras, tratando-se da visão homogeneizante sobre os usuários de psicoativos que são tratados na instituição por possuírem o mesmo problema “moral” com as drogas (NATALINO, 2018). Associado a isso está a percepção desses indivíduos como indisciplinados e irracionais, e por isso devendo realizar o “tratamento” na comunidade para voltarem a conviver em sociedade, com condutas em conformidade com o ideal moral designado pelo espaço (SANTOS, 2018).

Assim, a finalidade das CTs é a de conquistar a abstinência das drogas a partir de uma “transformação subjetiva” (SANTOS, 2018, p.11) dos usuários, são espaços que contam com o trabalho de antigos pacientes para “supervisionarem” as ações dos usuários, e a internação pode durar um período de doze meses. A disciplinarização se viabiliza pela rigorosidade das atividades durante a internação; na atividade da “laborterapia”, valoriza-se o trabalho como medida para adaptação do usuário na sociedade e na “espiritualidade” busca-se que os usuários sigam um “estilo de vida” cristão para “regularem” suas emoções e consigam parar de usar a substância (SANTOS, 2018). Nota-se também que essa valorização da religião se expressa não apenas na organização das práticas a serem executadas pelos usuários, mas no próprio ambiente físico das comunidades (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Ribeiro e Minayo (2015) trazem algumas características sobre o modelo de CTs brasileiros, as autoras descrevem a forma de organização do espaço a partir do conceito de “instituição total” de Goffman, perspectiva esta corroborada por outros autores da literatura, como Barcelos *et al* (2021). Entende-se a aplicação do conceito de instituição total, pois as comunidades encontram-se distantes geograficamente dos espaços urbanos de convívio social,

o público alvo são grupos vulnerabilizados pela sociedade, as tarefas da instituição são impostas e padronizadas, além de não contemplarem a autonomia e a subjetividade das pessoas durante o “tratamento”, um processo em que “mortificam o ‘eu’ do interno” (BARCELOS *ET AL.*, 2021, p.134) e substituem por uma “identidade coletiva” associada ao uso das drogas (BARCELOS *ET AL.*, 2021).

É de se destacar a ressalva realizada por Barcelos *et al* (2021), apesar das comunidades proclamarem que a inserção das pessoas ocorre de forma “voluntária”, acontecem casos de encaminhamentos por parte do judiciário para esses estabelecimentos. Além disso, ocorrem denúncias de pessoas serem impedidas de sair do estabelecimento, e pessoas externas não conseguem contato com seus parentes internados.

Um caso exemplar desse conflito com a perspectiva "voluntária" da internação nas CTs pode ser analisado a partir do relato de Cavalcante (2019) sobre a experiência de uma visita institucional em uma Comunidade Terapêutica Evangélica, localizada em uma favela do Complexo da Maré. Alguns apontamentos foram que a comunidade previa o isolamento do convívio com pessoas fora da comunidade como paliativo para o uso de drogas, uma das medidas estabelecidas no espaço era de ficar com os documentos pessoais dos internos, e existia o obstáculo para conseguir sair da comunidade por quem não conhecesse a região, sendo relatada a situação de um interno que optou por sair da comunidade, mas voltou justamente por esse motivo e foi punido no retorno por ter escolhido abandonar o tratamento.

Diante disso, retomam-se as críticas a esses modelos que compreendem o investimento nessas comunidades como integrante de um processo de “Contrarreforma Psiquiátrica”, de reforço à lógica manicomial. É válido ressaltar outro exemplo, o trabalho de Bezerra (2018), sinalizando a existência de violações de direitos, tais como à liberdade religiosa, a autonomia e a universalidade do acesso nos serviços de saúde. Em sua pesquisa, foram investigadas as CTs que recebem investimento da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal e os dados coletados indicaram a irregularidade das comunidades, com uma localização afastada do espaço urbano, a restrição de contato com pessoas externas à comunidade, reclusão de bens pessoais, seletividade para admitir pessoas no “tratamento”, e o modelo de “tratamento” baseado em práticas religiosas do cristianismo.

Ribeiro e Minayo (2015) destacam a influência de dois modelos internacionais de CTs, o "Minnessota" e o “Synanon”, para a lógica de funcionamento das CTs brasileiras. No modelo “Minnessota” percebe-se a valorização do tratamento espiritualizado, incluindo os fundamentos dos alcoólicos anônimos. Já na Synanon, nota-se essa obrigação do trabalho como terapêutica e uma perspectiva individualista de tratamento. Vale pontuar, a CT Synanon surgiu a partir de

membros de um grupo de AA que formaram uma residência coletiva para conseguirem suspender o consumo de bebida alcoólica, o que podemos interpretar que também tiveram a influência dos princípios da irmandade (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Para mais, o contexto histórico de surgimento das CTs brasileiras foi o período da Ditadura Civil Militar (1964-1985), com o primeiro modelo identificado na cidade de Goiânia, tratando de um grupo religioso denominado “Desafio Jovem”, que partindo da sua sede nos Estados Unidos, espalhou suas unidades pelo território brasileiro (CAVALCANTE, 2019). Um aspecto importante a ser mencionado é que neste contexto, as CTs assumiram-se com orientação religiosa, e o paradigma de tratamento em saúde à época se estruturava no “modelo biomédico e hospitalocêntrico” (CAVALCANTE, 2019, p. 267), o que influenciou na forma de tratamento estabelecido nessas comunidades, pautado no isolamento e completa privação das drogas.

As CTs buscam adquirir centralidade no tratamento das pessoas que fazem uso de drogas a partir da década de 80, e tem se espalhado pelo território brasileiro desde os anos 2000, apesar do obstáculo encontrado para a expansão dessas organizações em 2003, devido à nova lógica concorrente de cuidado em saúde mental instituída pelo Ministério da Saúde (CAVALCANTE, 2019).

Considerando-se que a expansão das CTs recentemente já foi discutida anteriormente (Seção 1.3), é válido mencionar alguns marcos para seu processo de institucionalização até a implementação do programa “Crack, É Possível Vencer”.

Pode-se citar o início da década de 2000, com a instituição da Resolução, da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 101 de 2001, ratificando parâmetros para atendimentos nas comunidades e, embora as próprias instituições tenham colocado obstáculos para seguir as orientações, destaca-se que isso vai repercutir posteriormente em seu requerimento por recursos públicos (IPEA, 2017; MACHADO; MIRANDA, 2007).

No ano de 2011, foi implementada a Resolução, da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, versando sobre critérios sanitários para organizações que atendem usuários de psicoativos que realizam atendimento “em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares” (BRASIL, 2013a, p.4; CFP, 2018).

Ainda em 2011, as CTs foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, e houve a instituição do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Plano Crack)”, com financiamento do governo federal, estabelecendo-se critérios para a realização do tratamento, como “a presença de um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, a

permanência voluntária do interno na instituição, o respeito à sua crença religiosa, ideologia, orientação sexual” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 1237). Assim, no próximo capítulo será abordado se esses critérios foram concretizados e particularmente na realidade do Distrito Federal.

A partir do exposto, analisou-se os atravessamentos entre a religião e o tratamento para pessoas que usam drogas historicamente no cenário internacional, discutiu-se as contradições desse processo no cenário brasileiro a partir da categoria de “Apoio Social”, e analisou-se o modelo e processo de institucionalização das comunidades terapêuticas brasileiras como uma opção de “tratamento” até o período de implementação do programa “Crack, É Possível Vencer”.

CAPÍTULO III - O TRABALHO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO PROGRAMA CRACK É POSSÍVEL VENCER, ÊNFASE NO DISTRITO FEDERAL

3.1 Desenvolvimento do Programa “Crack, É Possível Vencer” no Brasil

Nesta seção será discutido sobre o desenvolvimento do programa “Crack, É Possível Vencer”, as expressões do conservadorismo verificadas no programa e as suas críticas, a partir dos resultados encontrados nos sites oficiais dos Ministérios relacionados ao programa e das legislações do campo da saúde mental e das drogas relativas ao tratamento no campo da saúde mental.

Conforme já introduzido no Capítulo 1, em meados de 2010, o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack” foi implementado com a edição do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Posteriormente, esse dispositivo legal sofreu alteração pelo Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, o qual instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas ou “Programa Crack é Possível Vencer”, sendo, em 2020, revogado, expressamente, pelo Decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020 (MATTOS, 2017; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011, BRASIL, 2020a).

O mencionado Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, estabeleceu em seu artigo 2-A, inciso 1, que o plano seria comandado pelo Ministério da Justiça. No tocante a sua execução, teria colaboração de outros ministérios que influenciaram na concretização e desenvolvimento das ações previstas, conforme descrito no Art. 4º-A do plano:

I - Ministério da Justiça; II - Casa Civil da Presidência da República; III - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IV - Ministério da Fazenda; V - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; VI - Ministério da Saúde; e VII - Ministério da Educação (BRASIL, 2011, Art. 4º-A).

No Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, consta também no artigo Art. 5º-A, inciso 1, sobre o envolvimento dos três níveis do governo, incluindo o Distrito Federal, para sua implementação, sendo uma condição para tanto o “termo de adesão”, ratificando-se o compromisso de cada nível com o que está estabelecido com as diretrizes do programa; além disso, ressalta-se a responsabilização em nível federal da instituição de mecanismo institucional para transparência de informações sobre as ações desenvolvidas a partir do programa, como dados do orçamento e as respostas obtidas em seu desenvolvimento, conforme previsto no Art. 5º-B:

Os órgãos e entidades que aderirem ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão assegurar a disponibilização, em sistema específico, de informações sobre as políticas, programas e ações a serem executados, suas dotações orçamentárias e os resultados da execução no âmbito de suas áreas de atuação. (NR) (BRASIL, 2011, Art. 5º-B).

Além disso, está previsto no Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, Art. 7º-A., a possibilidade do estabelecimento de parcerias entre instituições da gestão do Estado com outras da esfera pública ou privada (BRASIL, 2011).

Segundo consta no portal do Ministério da Justiça e Segurança Pública⁶, o primeiro eixo do programa era o cuidado, a partir da área da saúde, organizando-se a rede “Conte Com a Gente” para a promoção do cuidado do dependente químico e seus familiares. Nessa direção, implementando-se “enfermarias especializadas do sistema único de saúde (SUS)” (BRASIL, 2023b) e a partir do Ministério da Saúde seriam destinados recursos para a internação em leitos, para consultórios de rua, fomento aos CAPS AD, como um estabelecimento de atendimento 24h aos usuários, e criação de unidades de acolhimento para o público adulto e infanto-juvenil (BRASIL, 2013b).

O segundo eixo do programa é o da “autoridade”, com investimento no campo da segurança pública, com ações para combater o tráfico, realização de concursos para a polícia federal, fomento de equipamentos de segurança para vigilância em áreas reconhecidas pelo uso e comércio de drogas e envolver a população do território nesse papel preventivo (BRASIL, 2013b).

O terceiro eixo, o da “prevenção”, contemplava ações no campo educacional, como “O Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola”, capacitando profissionais e investindo no Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) nas escolas públicas. Além disso, investiria no “O Programa de Prevenção na Comunidade”, para veiculação nas mídias informações e formas de cuidado a respeito do crack, o que contemplou a criação de sistemas para divulgação dessas informações, como o telefone “VivaVoz (132)” e uma página do governo federal “enfrentando o crack” (BRASIL, 2013b).

Sendo assim, considerando-se a orientação metodológica do materialismo histórico dialético da presente pesquisa, para aprofundar a discussão sobre a especificidade do “Programa Crack, É Possível Vencer”, entendendo-se a construção de políticas públicas relacionadas com

⁶ BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conheça o Programa Crack, é possível vencer. **Agência MJ de Notícias**, Brasília, 6 ago. 2013b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

a dinâmica mais ampla internacional e da particularidade da realidade brasileira, faz-se necessário trazer alguns elementos sobre o contexto histórico das últimas décadas.

De acordo com Gomes (2019), os posicionamentos da Organização das Nações Unidas (ONU) no período entre meados da década de 1960 e de 1998 expressam o paradigma proibicionista em relação às drogas, influenciando na elaboração de políticas dos países-membros a seguir essa orientação. Um dos exemplos mencionados pela autora foi a “Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS) com uma meta para o ano de 2008: “*A drug free world: we can do it*” (GOMES, 2019, p. 37). Disso resultou uma conformação de políticas em outros países respaldando um tratamento às drogas orientado pela abstinência e para “criminalizar sua circulação e seu consumo. (FIORE, 2012 *apud* GOMES, 2019, p.6). Além disso, a autora ressalta também que essas políticas não tiveram resolutividade, e a lucratividade advinda do comércio ilegal das drogas é apenas menor que o mercado de armas.

Para Mattos (2017), a resposta da sociedade quanto ao fenômeno das drogas é representada por dois paradigmas principais: redução de danos e o proibicionismo, mas em determinados contextos convivem mutuamente. Todavia, Gomes (2019, p.40) acrescenta uma terceira dimensão: “a liberação do uso como mecanismo que redução dos impactos negativos do tráfico de drogas”. No campo das regulações brasileiras, nota-se a predominância do “proibicionismo”, embora essa realidade tenha começado a mudar em meados de 2002 (MATTOS, 2017).

Exemplos trazidos pelo autor e que refletem essa prevalência entre paradigmas foi a Política Nacional Antidrogas (Pnad), implementada a partir do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, com uma orientação sobre a responsabilidade pública em lutar contra às drogas na sociedade, contudo, houve um avanço ao mencionar estratégias de redução de danos (MATTOS, 2017). Gomes (2019) descreve o avanço desta política, por incorporar a dimensão da saúde para o tratamento, mas ressalta também a terminologia adotada pela política como “antidrogas”.

A partir de 2004, houve um período de efervescência de discussões relativas à política de drogas, envolvendo diferentes atores sociais, resultando na instituição do Plano Nacional sobre Drogas em 2005 (GOMES, 2019). Neste Plano, observa-se a lógica do paradigma da saúde com “a implantação de atividades, ações e programas de redução de danos, levando em consideração os determinantes de saúde” (CONAD, 2005 *apud* MATTOS, 2017). Além disso, interpreta-se também um avanço nesta legislação, por “defender a diferenciação entre usuários de traficantes” (MATTOS, 2017, p.203) e prever tratamentos orientados para a promoção do convívio social.

Para mais, apesar do Plano Nacional sobre Drogas, em 2005, estabelecer uma diferenciação para o usuário, prevendo um tratamento específico, e inclusive a possibilidade de uma minimização da pena quando ele é encontrado com drogas para o próprio uso, não houve parâmetros legais bem delimitados para essa diferenciação. Assim, abrindo precedentes para isso ser determinado por uma decisão judicial e o risco da aplicação de penas mais rigorosas a depender “da cor da pele ou classe social” (GOMES, 2019, p.42).

Outras mudanças advindas com o Plano Nacional sobre Drogas, foram a nova terminologia para a nomeação da política, deixando de ser “antidrogas”, e a sua influência posteriormente para a alteração do nome do conselho e secretaria que tratavam dessa pauta, tornando-se, respectivamente, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (GOMES, 2019). A autora traduz esse processo como uma inovação na política para o tratamento das drogas historicamente, apresentando uma perspectiva menos combativa. Além disso, uma orientação refletida nos anos posteriores, como em 2007, com a Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, incorporando ações no campo da saúde pautadas nos princípios da integralidade e da intersetorialidade (GOMES, 2019).

Quanto ao contexto de surgimento do programa “Crack, É Possível Vencer”, Mattos (2017) destaca quatro fatores determinantes no período para a implementação do programa. O primeiro diz respeito às características dos usuários da droga. Na década de 90, as pesquisas indicavam principalmente usuários na região Sudeste e “limitado a determinados grupos sociais, como homens, jovens, com pouca escolaridade e que apresentavam comportamentos sexuais de risco e histórico de uso de drogas injetáveis” (MATTOS, 2017, p.106). Ao longo dos anos, foi percebido o aumento e a difusão do consumo em outras regiões brasileiras.

No ano de 2012, houve outra pesquisa sinalizando uma grande quantidade de consumidores regulares de crack no país, sendo que “366 mil entrevistados se disseram usuários” (MATTOS, 2017, p.207). Outra mudança foi o uso prevalente em pessoas: “[...] jovens (52,5%), com idades entre 18 e 29 anos, homens (78%), não brancos (79%), solteiros (61%), com baixa escolaridade (81%) e em situação de rua (40%)” (MATTOS, 2017, p.207). Mattos (2017) pontua que apesar dessa prevalência, o consumo das drogas não é limitado a esse grupo, embora eles sejam especialmente vulneráveis às consequências do uso, devido aos condicionantes de raça e classe. Além disso, indicou o consumo por todo país, inclusive em regiões mais marginalizadas.

Outro fator importante foi a influência das mídias para a criação do “contexto de pânico moral” (MATTOS, 2017, p.210), como por exemplo a representação do caso das denominadas “Cracolândias”, com o uso da droga “proibida” nos espaços públicos, influenciando na

perspectiva da população de pânico e requisição das autoridades públicas para controlar a situação (MATTOS, 2017). Uma requisição que não implica necessariamente a demanda por atenção à saúde desta população.

Por último, Mattos (2017) relaciona esse processo com o período de gestão petistas das políticas sociais na década, com investimento no campo da saúde mental, a exemplo da implementação dos CAPS AD no período. Por outro lado, estabelecem-se críticas no período, por situações de profissionais da saúde não identificarem esse reconhecimento no seu cotidiano e a gestão da política de drogas no período estar vinculada à área da segurança.

Assim, confluíram-se esses diferentes fatores para a constituição do programa que acabou sendo integrado no campo das políticas sociais. Todavia, ressalta-se também que competiram os paradigmas da saúde e da segurança. Elementos disso são a coordenação do programa ser realizada pelo Ministério da Justiça, mas estar estabelecendo parcerias com outros ministérios relacionados com o acesso a direitos à saúde e à educação (MATTOS, 2017).

Gomes (2019) ressalta a influência do campo da Segurança Pública na implementação do programa, pois no contexto de seu surgimento, a presença dos usuários do crack em lugares públicos gerou uma pressão social para lidar com a questão como um problema da área; houve a influência de parlamentares da segurança com outros de posicionamentos análogos, como os ligados a pautas religiosas, corroborando com essa perspectiva alinhada com a “autoridade”, além disso, ocorreu uma prevalência de ações de “autoridade” e “cuidado” no programa, sendo a “prevenção” marginalizada desde a sua origem e no decorrer da sua vigência.

Quanto às expressões do conservadorismo no programa, foi o início de uma regulamentação para o envio de recursos públicos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para as comunidades terapêuticas em conformidade com os parâmetros da Resolução nº. 29/2011 da Anvisa, respaldando esses locais como uma opção de tratamento para a população usuária, mesmo que não sejam institutos de saúde ou de assistência social (IPEA, 2014).

Essa lógica de tratamento estabelecida nas CTs é uma crítica fundamental direcionada ao programa. A partir do Portal da Fiocruz⁷, por Júnia (2012), disserta-se que no contexto de implementação do programa foi encaminhado em 2011, para o Ministério da Saúde, o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de

⁷ JÚNIA, Raquel. Usuários de crack no centro das atenções. **Fiocruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 9 mar. 2012. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/usuarios-de-crack-no-centro-das-atencoes>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

drogas”, referente a inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre 68 CTs de regiões brasileiras, nas quais foram verificadas violações de direitos humanos. Nesse período também foi criticada a inclusão das CTs durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Apesar disso, os recursos foram mantidos, e o posicionamento do Ministério foi afirmar que existiam parâmetros para as CTs conveniadas ao programa e destituindo a responsabilização desse controle pela ANVISA de cada território. À época, “No ano de 2013 foram aportados cerca de R\$ 100 milhões a Comunidades Terapêuticas em todo o país” (IPEA, 2014, p.46).

Vale mencionar que outra vistoria foi realizada em 28 comunidades terapêuticas no Brasil, pelo Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2017 e apontaram para violações dos princípios da Lei 10.216/2001, do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), de direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na Declaração de Direitos Humanos, como à dignidade humana, à liberdade e à segurança pessoal (CFP, 2018).

CFP (2018) também relata situações como a segregação social do paciente, com o impedimento da liberdade física do indivíduo sair do local como forma de “tratamento” e a pessoa sujeita a punições em caso de descumprimento dessa norma, configurando em uma violação de direitos fundamentais e da prioridade estabelecida na Lei 10.216/2001 para o cuidado em comunidade; outro caso citado são de CTs que recebem adolescentes impondo a realização de trabalhos no local como medida terapêutica, ferindo o Artigo 60 do ECA (CFP, 2018).

Gomes (2019) compreende o investimento em comunidades terapêuticas como uma expressão do paradigma do proibicionismo no programa e também disserta sobre os conflitos de perspectiva no período que influenciaram na configuração da política, estabelecendo um alinhamento entre os movimentos religiosos e da segurança pública em prol de medidas para tratamento como a “internação compulsória”.

Os entrevistados apontam que havia uma forte tensão entre os grupos sociais e políticos que se relacionam à temática das drogas. De um lado, o ativismo da bancada legislativa ligada aos movimentos religiosos e de segurança pública em torno do paradigma proibicionista, defensores de internação compulsória para dependentes como única forma de tratamento. Com uma visão totalmente distinta da anterior e partindo de premissas opostas, os grupos ligados ao movimento da reforma antimanicomial defendiam ações dentro do paradigma da saúde pública. Compunham assim o conjunto de atores que ocupavam a cena política de decisão em torno da política sobre drogas (GOMES, 2019, p.59).

Azevedo e Souza (2017) analisam o processo de “internação compulsória” à luz de uma perspectiva foucaultiana, utilizando como fundamento o conceito de “dispositivo”. Além disso, situam essa medida no interior do movimento de contrarreforma psiquiátrica brasileiro, como

também relacionada a aspectos sociais e políticos historicamente, em que houve a instituição das “disciplinas” e produção da “anormalidade”.

Com base em Azevedo e Souza (2017), entende-se que os dispositivos são recursos, como regulações, que estão condicionados a contextos sociais e constituem canais de poder, influenciando na forma como a sociedade normaliza determinadas condutas, as pessoas relacionam-se entre si, dentre outros fatores, como a forma que se naturalizam determinados tratamentos em saúde, sendo o objeto de análise a “internação compulsória”.

Para compreensão desse “dispositivo” ressalta-se o contexto mais geral discorrido por Azevedo e Souza (2017, p. 496), principalmente a partir de dois fenômenos, a "geopolítica das drogas" e a “epidemia de crack” no cenário brasileiro.

Quanto à "geopolítica das drogas”, observa-se como o fenômeno da Guerra às Drogas, iniciado em meados da década de 1980, particulariza-se na realidade brasileira. Ressalta-se que este fenômeno diz respeito a uma confluência entre um conjunto de fatores da dinâmica política, econômica e social internacional, que resultam na conformação da figura de um “inimigo” a ser combatido por esse cenário de guerra, cujo qual é identificado com o usuário de drogas. Articulado a isso, estabelece-se um regime de verdade, cujo qual discrimina esse usuário como uma ameaça à ordem social e identifica o caminho da abstinência como o único tratamento de saúde possível para esse grupo (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

No cenário brasileiro, atribui-se esse respaldo social para a “internação compulsória” a essa criação do inimigo e do “anormal” ao usuário de drogas”. Destaca-se a particularidade do caso do “crack”, no qual esse processo está associado a uma discriminação a partir da desigualdade social e do racismo presente no cenário brasileiro, identificando a imagem dessas pessoas a improdutividade (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

Para mais, esse processo desenvolve-se a partir do “biopoder”, no qual por meio campo da psiquiatria, justifica-se a partir de preceitos supostamente científicos essa forma de tratamento voltada para segregação social e discriminação desse grupo. Para melhor elucidação, Azevedo e Souza (2017) sintetizam esse mecanismo:

É justamente nesse corte que se destacam algumas experiências com as drogas, operando-se uma unificação da multiplicidade na figura do improdutivo e vagabundo, em que a IC aparece como um dispositivo normalizador, como índice do poder que atrela uma força disciplinar sobre os corpos a um exercício de um poder que se exerce sobre a vida, no sentido de fazer viver, um poder de normalização que se exerce na medida em que se promove a saúde e o bem-estar: um biopoder (FOUCAULT, 2005, 2008 *apud* AZEVEDO; SOUZA, 2017, p. 499).

Destaca-se no ano de 2013, o posicionamento de setores em defesa dos direitos humanos da população em situação de rua denunciando esse dispositivo por meio da “Nota de repúdio

ao anúncio de ações de internação involuntária e compulsória no Estado de São Paulo”, criticando-se o respaldo jurídico no Estado de São Paulo para esses tipos de internação aos usuários de crack, pontuando a falta de empenho público na implementação de políticas públicas que contemplem direitos básicos, como a saúde, e de investimentos em dispositivos extra-hospitalares, para essa população, assim, ferindo diretrizes da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, pela medida da internação como único tratamento, e da Constituição Federal de 1988, por não assegurar o direito à saúde (CRESS PR, 2013).

Posto isso, destaca-se o estigma voltado para o usuário de drogas no cenário brasileiro, orientando-se por um tratamento que contraria o paradigma da redução de danos e os pressupostos da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

De acordo com a referida lei, existem três tipos de internação, a "voluntária", com uma permissão do próprio indivíduo que será internado, a “involuntária”, foi solicitada por outra pessoa e a “compulsória” é oriunda de uma decisão judicial (BRASIL, 2001). Além disso, vale lembrar que a decisão pela internação deve ser a última opção durante o tratamento, sendo a base do cuidado a orientação para a reintegração social dos indivíduos e acesso aos seus direitos, conforme prescrito no Artº 4 da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001, Artº 4).

Vale pontuar que contexto de revogação do programa “Crack, É Possível Vencer”, nota-se que, no ano de 2019, foi estabelecida a SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, coordenando a política sobre drogas no Brasil, desde ações como a prevenção até a reinserção social. Já no relatório de gestão da Senapred do ano de 2020 (BRASIL, 2020b), pontua-se que no contexto de pandemia do coronavírus, visando o acolhimento de pessoas houve o financiamento de 10.737 vagas para comunidades terapêuticas voltadas para o acolhimento de dependentes químicos (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020b).

No tocante ao relatório da Senapred (BRASIL, 2021b) relativo a gestão no ano de 2021, destaca-se que a orientação política a partir da nova Política Nacional sobre Drogas, Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019), influenciou em uma nova determinação para a

política sobre drogas com o tratamento fundamentado na “abstinência” do usuário e investimento de recursos públicos em comunidades terapêuticas, como pode ser observado:

No contexto da redução da demanda por drogas, a nova PNAD é baseada na abstinência dos usuários e dependentes químicos, não sendo mais sedimentada na redução de danos. Por meio dela, é previsto também o fortalecimento das comunidades terapêuticas, que recebem incentivo social e financeiro por parte do Governo Federal. O acolhimento de dependentes químicos, prestado pelas Comunidades Terapêuticas, é reconhecido como serviço essencial pelo Decreto Presidencial nº 10.282, de 20 de março de 2020, cuja atividade é indispensável ao atendimento das necessidades inadiáveis e que se não atendido coloca em perigo a Sobrevivência, a saúde ou a segurança do cidadão em estado de vulnerabilidade (BRASIL, 2021b)⁸.

Além disso, estabelecem-se como metas no plano estratégico do Ministério da Cidadania para o período entre 2021 e 2022, relacionada às comunidades terapêuticas prevê o aumento da taxa de ocupação, o número de comunidades terapêuticas regulamentadas e vagas, e a capacitação de pessoas e mencionam que entre o período de 2018 e 2021, houve um aumento de 2.900 para 10.680 vagas nesses estabelecimentos, recebendo financiamento a nível federal (BRASIL, 2021b).

Para mais, além dos retrocessos observados no período anterior da gestão do governo de Jair Bolsonaro com o incentivo às CTs, nota-se retrocesso recente com o Decreto 11.392, de 20 de janeiro de 2023, criando um “Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas”, ocupando-se espaço na Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social e influenciando no desenvolvimento da Política de Drogas no Brasil, visto que prevê o assessoramento implementação de ações na área, influenciando no campo legislativo e coordenando o estabelecimento de parcerias com instituições privadas (COSTA, 2023).

Diante disso, estabelecem-se críticas aos espaços de internação pautados no tratamento de base conservadora e religiosa, ainda que alguns modelos contratem profissionais da área da saúde, as pesquisas indicam que “82%” possuem relação com a religião cristã (IPEA, 2017, p. 20) preconizado pelas comunidades terapêuticas, orientado para a abstinência e fundamentado na “internação” como “tratamento” dos usuários de drogas. Assim, reitera-se a laicidade do Estado e os recursos investidos nesses espaços, as denúncias as violações de direitos de cidadania realizadas nos relatórios de gestão mencionados, e reforça-se o posicionamento de Conselhos de Psicologia e do Serviço Social que se contrapõe a esses modelos por orientarem-se por um paradigma manicomial (IPEA, 2017; CFP, 2018; CRESS, 2018).

⁸ BRASIL. Ministério da Cidadania. Tribunal de Contas da União. **Política de Redução da Demanda por Drogas**. Brasília: SENAPRED, abr. 2021b. Disponível em: <<https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SENAPRED/SENAPRED%20-%20Informes%20da%20Gest%C3%A3o%202004-2021.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

Na contramão desse paradigma, destaca-se as outras ações realizadas pelo programa “Crack, É Possível Vencer” alinhados com o entendimento das drogas como uma questão de saúde pública, por meio do investimento em CAPS AD, Consultórios de Rua, e os leitos em hospitais gerais para internações de curta duração. Assim, um cuidado territorializado, promotor de vínculos, integralizado e que respeita a autonomia do indivíduo e os direitos humanos (ANDRADE, 2011; CFP, 2018; BRASIL, 2001).

Dessa forma, entendendo-se a necessidade do cuidado em dependência química que não pressupõe uma atenção apenas a “droga” e na “internação” como opção exclusiva para o “tratamento”, mas investigam a relação entre o sujeito e esse consumo, com estratégias de tratamento que envolvem o tratamento em saúde, mas também contemplam o acesso a outros direitos sociais, compreendendo-se a complexidade desse fenômeno da “dependência química”, e que existem determinantes do consumo relacionado a aspectos sociais, culturais (MATTOS, 2017), como pode ser sintetizado no seguinte trecho:

Entre as alternativas, está o enquadramento das drogas como um problema de saúde pública, particularmente de saúde mental. Sob esse ponto de vista, é enfatizada a dependência química e não a droga em si, buscando, no contexto social e familiar, as causas e as possíveis estratégias de tratamento (Garcia, Leal e Abreu, 2008). Com isso, o afastamento do usuário do convívio social, como em prisões ou internações compulsórias, não é o primeiro recurso. São mobilizados saberes de diferentes áreas para lidar com as necessidades específicas de cada usuário de acordo com a sua complexidade, priorizando a reconstrução de vínculos e o rompimento de lógicas de violações que marcam a condição de dependência (MATTOS, 2017, p.198)

Consoante o Tribunal de Contas da União⁹ analisou o processo de coordenação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, no período entre 2010 e 2018. A partir do processo, concluiu-se que o plano foi interrompido sem que essa finalização fosse regulamentada e não houve uma alternativa ao plano implementada até o período da auditoria¹⁰. Além disso, pontua que as normas do plano seguiam direções concorrentes, as ações previstas não se materializaram, e o campo dos serviços de “prevenção” não ocorreram por meio de uma boa transversalidade interministerial (BRASIL, 2020d).

⁹ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Política pública sobre drogas tem normas não observadas, sobrepostas e conflitantes. **Portal TCU**. Secom TCU. Brasília, 17 fev. 2020d. Disponível em: <[¹⁰ Idem. **Acórdão n. 280/2020**. Processo n. 009.180/2012-5. Relator Aroldo Cedraz. Brasília, 12 fev. 2020c. Disponível em: <\[>\]\(https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/918020125.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuiid=908c96b0-51b3-11ea-a336-07204c9d7533\)> Acesso em: 5 fev. 2023.](https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/politica-publica-sobre-drogas-tem-normas-nao-observadas-sobrepostas-e-conflitantes.htm#:~:text=A%20pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20sobre%20drogas%20tem%20normas%20n%C3%A3o,ao%20Crack%20e%20outras%20Drogas%2C%20institui%C3%ADdo%20em%202010.>> Acesso em: 5 fev. 2023.</p>
</div>
<div data-bbox=)

Ademais, observa-se obstáculos em seu desenvolvimento, devido a uma falta de “unidade” entre as metas estabelecidas pelo Governo Federal e as demais entidades federativas, não contemplando os limites e interesses de cada território, dificultando a concretização das ações definidas (GOMES, 2019).

Baseando-se em Gomes (2019) e Mattos (2017), nota-se que foi um programa que perpassou interesses sociais, relativos à demanda por uma resolutividade quanto ao problema do crack socialmente, além disso por interesses político, devido a um período de transição da gestão presidencial, com um vínculo direto com a Casa Civil da Presidência em sua coordenação e um grande investimento para a sua implementação, com uma previsão inicial de “R\$ 4 bilhões” (GOMES, 2019, p. 49).

A partir de uma busca no site do Ministério da Justiça e Segurança Pública¹¹, observa-se a falta de transparência quanto aos dados disponibilizados sobre o programa, na medida em que só foram disponibilizados até o ano de 2013, como pode ser observado na Tabela 1, retirada da página do referido ministério a respeito do programa “Crack, É Possível Vencer”. Além disso, também não foi incluída nessa página todas as regiões que aderiram ao programa, como o próprio Distrito Federal (BRASIL, 2013b).

¹¹ BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conheça o Programa Crack, é possível vencer. **Agência MJ de Notícias**, Brasília, 6 ago. 2013b. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>> Acesso em: 5 fev. 2023.

Tabela 1 - Valores de Execução Orçamentária até 26 de julho de 2013 relativa ao programa “Crack, É Possível Vencer”

Execução Orçamentária até 26 de julho de 2013

Ministério	2012		Previsão 2013		Total Pago
	Pago	Orçamento	Contratado (empenho)	Pago	
TOTAL	840	1.848	694	544	1.384
Ministério da Saúde	769	1.308	551	509	
Ministério da Justiça	40	444	112	17	
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	15	80	7	7	
Ministério da Educação	16	16	24	11	
Valores em R\$ milhões					

Fonte: Subchefia de Articulação e Monitoramento - SAM.

Fonte: SUBCHEFIA DE ARTICULAÇÃO E MONITORAMENTO - SAM *apud* BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conheça o Programa Crack, é possível vencer. Agência MJ de Notícias, Brasília, 6 ago. 2013b.

Apesar de o programa só ter sido revogado, expressamente, em 2020 (BRASIL, 2020a), segundo o processo do Tribunal de Contas da União¹², ocorreu sua descontinuação em 2015, o que leva a crer que suas ações passaram a ser executadas por outras políticas públicas, como pode ser interpretado no seguinte trecho:

Entretanto, o Programa "Crack, é Possível Vencer" foi descontinuado pela própria ex-presidente Dilma Rousseff em seu segundo governo. Com o fim do prazo de vigência desse programa, de 2015 em diante, os eixos prevenção e cuidado passaram a ser orientados pelas ações e objetivos discriminados no Plano Plurianual 2016-2019 (PPA 2016-2019) - programa 2085 - Redução do Impacto Social do Alcool e outras Drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social (BRASIL, 2020c, p.10).

¹² BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 280/2020**. Processo n. 009.180/2012-5. Relator Aroldo Cedraz. Brasília, 12 fev. 2020c. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/918020125.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuiid=908c96b0-51b3-11ea-a336-07204c9d7533>> Acesso em: 5 fev. 2023.

A partir de um levantamento, nota-se que não houve clareza de informações sobre a descontinuidade do programa e como os recursos foram utilizados posteriormente nas páginas sobre o programa nos *sites* oficiais do Ministério da Justiça e da Cidadania. Todavia pode-se inferir que houve essa continuidade da execução de despesas a partir de recursos do programa, pois no gráfico¹³ de 2018 do Portal da Transparência “Detalhamento dos pagamentos realizados” disponibilizado no *site* indica-se que o: “Valor pago do orçamento do ano corrente: R\$ 17.685.000,00” e o “Valor pago de compromissos dos anos anteriores (restos a pagar): R\$ 56.492.899,59” (BRASIL, [2023a?]).

Outro aspecto que corrobora a afirmação falta de informações, trata-se do site oficial do programa “Enfrentando o Crack”¹⁴ disponibilizado na página oficial do Ministério da Justiça e Segurança Pública não estar mais ativa atualmente (BRASIL, 2013b; GOMES, 2019).

Após essa busca, também foi realizado um levantamento de informações no Portal da Transparência da Controladoria Geral da União¹⁵, a partir da palavra-chave do programa “Crack, é possível vencer”, observa-se que no campo de “Execução Orçamentária e Financeira da Despesa” nenhum resultado foi encontrado.

Com relação aos outros ministérios vinculados ao programa, no caso do Ministério da Saúde¹⁶, a partir da “palavra-chave: crack, é possível vencer”, só foram encontradas informações provenientes dos Relatórios de Gestão anuais da Secretaria de atenção à Saúde, referentes aos anos de 2011, 2012, 2015 e 2016. No Ministério da Educação¹⁷, também se observa que as informações relacionadas ao programa somente foram encontradas a partir dos relatórios de gestão.

¹³ BRASIL. Controladoria-Geral da União. Crack, é possível vencer. 2018. **Portal da Transparência**.

Programas de Governo. Programa Específico. Brasília, online [2023a?]. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/programas-de-governo/23-crack--e-possivel-vencer?ano=2018>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

¹⁴ Site eletrônico original, atualmente indisponível: <www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack>. Acesso em: 4 fev. 2023.

¹⁵ BRASIL. Controladoria-Geral da União. Resultado da Busca. Termo de pesquisa: “crack é possível vencer”.

Portal da Transparência, Brasília, online [2023b?]. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/busca?termo=crack%20C3%A9%20poss%20ADvel%20vencer&execucao=true>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

¹⁶ BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ministério da Saúde. Resultado da Busca. Termo de pesquisa: “crack é possível vencer”. **Relatório de gestão do exercício**. Brasília, online. Dez. 2021c. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=crack%20C3%A9%20poss%20ADvel%20vencer%20minist%20C3%A9rio%20da%20sa%20C3%BAde>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

¹⁷ BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ministério da Educação. Resultado da Busca. Termo de pesquisa: “crack é possível vencer”. **Relatório de gestão do exercício**. Brasília, online. 17 Abr. 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/media/auditorias/processos_sesu/relatorio_gestao_exercicio_2013_sesu.pdf/vie>. Acesso em: 5 fev. 2023.

Posto isso, faz-se refletir sobre a importância de esclarecimento sobre as informações provenientes das políticas públicas desenvolvidas pelo Estado, para que seja viabilizado o controle social, acompanhando os resultados das ações implementadas pelo Governo e que são oriundas de recursos públicos. No caso do programa “Crack, É Possível Vencer”, observou-se a dificuldade para encontrar informações nas páginas oficiais dos ministérios da Cidadania e da Justiça a respeito de como as ações passaram a ser implementadas nas políticas públicas posteriormente.

A partir dos resultados encontrados nesta seção, observou-se a contradição de paradigmas para o tratamento das drogas expresso no programa “Crack, É Possível Vencer”. Além disso, analisou-se o conservadorismo nesse programa, cuja expressão foi o financiamento de Comunidades Terapêuticas, e discorreram-se as críticas destinadas ao modelo de tratamento estabelecidos nesses espaços e ao programa de forma integral. Por fim, descreveu-se a dificuldade encontrada para encontrar dados sobre o programa “Crack, É Possível Vencer” nas páginas oficiais dos ministérios envolvidos no seu desenvolvimento.

3.2 Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal e o Programa “Crack, É Possível Vencer”

Nesta seção será abordado sobre o processo de levantamento de dados e os resultados encontrados sobre o desenvolvimento do programa “Crack, É Possível Vencer” no Distrito Federal, com enfoque na atuação das comunidades terapêuticas da região.

O compromisso estabelecido com o programa “Crack, É Possível Vencer” no Distrito Federal ocorreu durante a gestão de Agnelo Queiroz, a partir do Decreto nº. 33.164, de 31 de agosto de 2011, ratificando o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o qual objetiva associar as diferentes políticas relativas a direitos como a saúde, educação, para formulação de ações para o cuidado em saúde dos dependentes químicos e suas respectivas famílias, pressupondo uma atenção transversal e articulada entre essas políticas e o controle social sobre as ações (CASTRO, 2016).

Para a concretização do Plano, conforme as diretrizes do programa, foi instituído o Decreto nº. 32.901, de 3 de maio de 2011 relativo ao Comitê de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, posteriormente atualizado por meio do Decreto nº. 36.628, de 22 de julho de 2015, administrado pela Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal, com a atribuição de controlar os recursos disponibilizados pela União e apresentando o processo de

resolutividade das ações do programa no território por meio dos relatórios. Associado a este Comitê, o Conselho de Políticas Públicas sobre Drogas do Distrito Federal trabalha para a execução do programa no Distrito Federal, possuindo poder deliberativo, legislativo, relativo às políticas sobre drogas na região do Distrito Federal (CASTRO, 2016).

Considerando-se os limites para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso no período da pandemia, com um semestre mais curto para a obtenção de dados e realização da pesquisa com envolvimento de seres humanos, na primeira etapa da pesquisa, foi realizada uma análise dos *sites* oficiais do Ministério da Justiça, e dos outros ministérios vinculados ao programa como uma estratégia para obtenção de dados, conforme explicitado os resultados na seção anterior.

Em complementaridade às buscas efetuadas nos portais oficiais por informações relativas ao programa, foi realizada uma investigação sobre as comunidades terapêuticas do Distrito Federal (DF). Para tanto, foram pesquisadas as comunidades no mapa virtual do Ministério da Cidadania¹⁸, vinculado à antiga Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).

Nesse processo, foram selecionadas doze comunidades terapêuticas da cidade de Brasília - DF que foram contratadas pelo referido ministério, no período entre 2018 e 2019. A partir das doze comunidades, foi verificado que apenas dez estavam com Termos de Colaboração do Conselho de Políticas sobre Drogas - (CONEN) em situação ativa, no site oficial da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania¹⁹: a Casa Sol Azul, Casa Abba Pai, Desafio Jovem de Brasília, Salve a Si, Instituto Despertai, Renovando a Vida, Servos - Sociedade de Empenho na Recuperação de Vida Através Da Oração, Associação Beneficente Caverna de Adulão, Projeto Criação de Deus e Novo Tempo (BRASIL, 2021d).

Após essa busca sobre as comunidades terapêuticas, foi elaborado um e-mail contendo uma carta de apresentação sobre a estudante elaborada pela orientadora da estudante, além disso, explicando o contexto da pesquisa, o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e fazendo uma solicitação para responder a um formulário complementar de informações (Anexo A) elaborado pela estudante.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Cidadania. **Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Ministério da Cidadania**. Brasília, [2023d?]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao_equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rsrc=1>. Acesso em: 4 fev. 2023.

¹⁹ BRASIL. Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. **Termos de Colaboração do Conselho de Políticas sobre Drogas-(CONEN) – ATIVO**. Brasília, 30 ago. 2021d. Disponível em: <<https://www.sejus.df.gov.br/conselho-de-politicas-sobre-drogas-conen-2/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

O formulário (Anexo A) foi enviado no período entre o dia 10 e 11 de janeiro e é composto por 13 itens, com perguntas abertas, questionando se a comunidade terapêutica era conveniada com o Governo do Distrito Federal (GDF) e o período de vigência das atividades relativas ao programa, se estabelecia parcerias com outras entidades, sobre o seu funcionamento, o público atendido, a categoria profissional que participa das atividades relativas ao programa, o seu objetivo como instituição, o número de atendimentos, evasões e desistências relativos aos atendimentos oferecidos, se existia algum documento do campo da gestão que poderia ser oferecido para a análise e também foi perguntado sobre os recursos disponibilizados pelo GDF relativos ao programa. Enfim, solicitou-se, por esse formulário, informações e dados não identificados nos portais visitados, já mencionados aqui.

Houve a espera de vinte dias para receber resposta das instituições, mas nenhuma realizou um retorno sobre o formulário complementar neste período. Diante da demora, no dia 30 de janeiro foram enviados e-mails para as instituições, encaminhando o formulário novamente e reiterando a solicitação das respostas. Até o presente momento de conclusão da pesquisa nenhuma instituição enviou o formulário respondido.

Considerando-se a falta de transparência de informações sobre os dados mencionada na seção anterior sobre o Governo Federal, considerou-se no período que as referidas comunidades terapêuticas poderiam continuar credenciadas com o programa “Crack, É Possível Vencer” ou disponibilizar informações sobre o período de vigência do programa. Além disso, realizou-se uma busca no Portal de Transparência do Governo do Distrito Federal,²⁰ a partir da palavra-chave: “Crack, É possível vencer”, da qual nenhum resultado foi encontrado (BRASIL, [2023c?]).

Descobriu-se a partir de Castro (2016), a ausência de informações relativas ao programa também se aplica à realidade do Distrito Federal, incluindo a falta de “relatórios semestrais” (CASTRO, 2016, p.22) que deveriam ser encaminhados impreterivelmente à União.

Sendo assim, dada essa falta de transparência sobre as ações da gestão do período, realizou-se uma busca no Portal de Transparência do Governo do Distrito Federal por “Entidades Beneficiadas no período de 2023²¹”, nota-se que do total de 168.644.374,39 de recursos disponibilizados para as entidades beneficiadas, foram aplicados pelo Fundo

²⁰ BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Página inicial. **Portal da Transparência do Distrito Federal**. Governo do Distrito Federal, Brasília, online [2023c?]. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

²¹ BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Entidades Beneficiadas 2023. **Portal da Transparência do Distrito Federal**, Brasília, 4 fev. 2023a. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/convenio/entidades-beneficiadas>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

Antidrogas do Distrito Federal - FUNPAD: para a comunidade terapêutica Renovando a Vida - RAV, o valor pago foi “20.000,00”, sendo o seu valor de convênio “1.200.000,00”; para a Despertaí, o valor pago foi 24.755,58, sendo o seu valor de convênio “1.800.000,00”; para a Desafio Jovem de Brasil, o valor pago foi 25.000,00, sendo o seu valor de convênio “1.500.000,00”; para o Instituto Abba Pai, o valor pago foi 25.000,00, sendo o seu valor de convênio 1.500.000,00; para a Projeto Criação de Deus, o valor pago foi 28.000,00, sendo o seu valor de convênio 1.680,00; ONG - Salve a Si, o valor pago foi 50.000,00, sendo o seu valor de convênio 3.000.000,00; para a Associação Beneficente Caverna de Adulão, o valor pago foi 50.000,00, sendo o seu convênio 3.000.000,00; para o Novo Tempo (Entidade: Instituto de Reabilitação da unidade das Políticas Públicas e Estatísticas – IRUPPE), o valor pago foi 13.000,00, sendo o seu valor de convênio 780.000,00^{22 23} (BRASIL, 2023b; BRASIL, 2021d).

Diante da ausência de respostas nos formulários enviados, optou-se pela realização de um levantamento dos sites disponibilizados das comunidades terapêuticas de Brasília que realizam atendimento para dependentes químicos, que foi realizado contato por e-mail anteriormente e foram observadas as que receberam financiamento da FUNPAD no ano de 2023.

A primeira CT investigada foi a “Comunidade Terapêutica Renovando a Vida - RAV”²⁴, nota-se na página oficial as três etapas de tratamento: “(1) Acolhimento, (2) Tratamento e (3) Pós Tratamento” (RENOVANDO A VIDA [2023?]). Quanto a dimensão do acolhimento, destaca-se:

Através de uma postura ética que implica em escutar o usuário e suas queixas, o seu reconhecimento do descontrole e adoecimento, disponibilizamos uma equipe composta de profissionais em diversas áreas da saúde para ajudá-lo²⁵ (RENOVANDO A VIDA, 2023b?).

Além disso, estabelece-se no campo do “tratamento”, um período mínimo de 7 meses de internação e pontuam uma manutenção de ir ao local com frequência no pós-tratamento, com o objetivo de estimular o convívio social e verificar o estabelecimento de vínculos. Além disso, nota-se a “laborterapia” como método de tratamento, e pontuam que pode ocorrer um

²²BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Entidades Beneficiadas 2023. **Portal da Transparência do Distrito Federal**, Brasília, 4 fev. 2023b. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/despesas/credor?orgao=FUNDO%20ANTIDROGAS%20DO%20DISTRITO%20FEDERAL%20-%20FUNPAD&ano=2023>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

²³ BRASIL. Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. **Termos de Colaboração do Conselho de Políticas sobre Drogas-(CONEN) – ATIVO**. Brasília, 30 ago. 2021d. Disponível em: <<https://www.sejus.df.gov.br/conselho-de-politicas-sobre-drogas-conen-2/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

²⁴ RENOVANDO A VIDA. Página inicial. **Renovando a Vida**, online [2023a?]. Disponível em: <<https://renovandoavida.com.br/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

²⁵ RENOVANDO A VIDA. Página inicial. **Renovando a Vida**, online [2023b?]. Disponível em: <<https://renovandoavida.com.br/tratamento-rav-comunidade-terapeutica-brasil/>> Acesso em: 4 fev. 2023.:

tratamento fora da CT, mas apenas para pessoas que trabalham ou já passaram pelas fases de tratamento. (RENOVANDO A VIDA, [2023?]).

A comunidades terapêutica Desafio Jovem de Brasília²⁶, orienta-se pela promoção da abstinência, com um tratamento das dimensões “física, psicológica, social e espiritual”²⁷ (DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA, [2023?]), pontua-se que possui atividades laborais, mas também de cunho social e profissional, desenvolvendo habilidades que propiciam a “integração sócio-profissional”²⁸ (DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA, [2023?])

No tocante às informações sobre a Comunidade terapêutica Projeto Criação de Deus, não foi encontrado um *site* oficial, mas encontrou-se uma página do Instagram²⁹, em sua descrição apenas sinaliza a localização da CT no Guará, com um tratamento de dependentes químicos e “A instituição é 100% financiada com a SEJUS”³⁰ (PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS, ONLINE, [2023?]). Quanto aos posts, possuem uma série de imagens³¹ com descrição de atividades de lazer empreendidas na piscina, futebol e Ping Pong. Além disso, nota-se uma imagem de um casal escrito “ANTES/DEPOIS”³² (PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS, 2020a), o que leva a entender ser um processo de comparação a partir do tratamento. Nota-se também que o vídeo³³ com a descrição “apresentações culturais” trazem alusões a uma apresentação de cunho religioso, por falar termos como “Demônio” e “Toda honra, toda glória” (PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS, 2020b).

De acordo com o site da Comunidade Terapêutica Salve a Si³⁴, esta possui duas unidades distintas destinadas ao público feminino e masculino com idade entre 18 e 60, gratuitamente. Descreve-se no site alguns componentes da CT: “Atendimento individual”, “Atividades de Promoção”, “Dinâmica de Grupo”, “Espiritualidade”, “O Papel da Família”, “Palestras”, “12 Passos”, “Terapia Comportamental”, “Videoterapia e Arte Terapia” (SALVE

²⁶ DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA. Página inicial. **Desafio Jovem de Brasília**, online [2023?]. Disponível em: <<http://desafiojovem.bsb.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

²⁹ PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS. **Projeto Criação de Deus**. Brasília, [2023?]. Instagram: @projetocriacaodedeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/projetocriacaodedeusoficial/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

³⁰ Ibidem.

³¹ Idem. **Lazer!**. Brasília, 13 maio 2020c. Instagram: @projetocriacaodedeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CAITyLBBvWz/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

³² Idem. **Antes/depois**. Brasília, 12 maio 2020a. Instagram: @projetocriacaodedeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CAF3GrIBbVo/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

³³ Idem. **Apresentação cultural**. Brasília, 18 nov. 2020b. Instagram: @projetocriacaodedeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CHvpMfyn4gN/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

³⁴ SALVE A SI. Página inicial. **Salve a si**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://salveasi.com.br/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

A SI, ([2023]). Destaca-se que as atividades de promoção consistem em: “Os acolhidos Salve a Si recebem incentivos diários para trabalhar e se resignar diante de si mesmos e da sociedade”³⁵ (SALVE A SI, ([2023])).

No blog da Comunidade Terapêutica Associação Beneficente Caverna de Adulão³⁶, descrevem que o tratamento envolve diferentes dimensões do indivíduo, como a física e a social, contemplando “atividades laborais, acadêmicas, psicossociais, lúdicas e espirituais”³⁷ (CAVERNA DE ADULÃO, [2023?]), pontua-se o relacionamento com a família durante o tratamento, busca-se o desenvolvimento do conhecimento para a inserção “socioprofissional na sociedade”³⁸ (CAVERNA DE ADULÃO, [2023?]). Além disso, explica que o tratamento possui cerca de dez meses, com a finalidade da abstinência, pretende-se desenvolver a transformação de hábitos no curso do tratamento. Após esse processo, verifica-se se o indivíduo está controlado no campo “emocional, social, espiritual”³⁹ (CAVERNA DE ADULÃO, [2023?]) para retornar ao convívio social. Além disso, incorpora mão de obra técnica, mas também de guia espiritual e estudantes de doutrina religiosa.

A respeito do Instituto Despertaí ([2023?]), descreve-se que atende o público do sexo masculino, o tratamento apresenta um período mínimo de seis meses e máximo de 12 meses. A respeito do funcionamento do tratamento, está descrito no site da página Comunidade Terapêutica Instituto Despertaí⁴⁰:

Modelo Minnesota (64 tarefas), nos 12 passos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, na Terapia Racional e Comportamental, no desenvolvimento da espiritualidade (ecumênica) e nas atividades de promoção do auto-cuidado, da sociabilidade, da capacitação e da promoção da aprendizagem (INSTITUTO DESPERTAI, [2023?]).

Além disso, pontua que busca promover o retorno ao convívio social, participação da família e possui uma equipe de profissionais da saúde (INSTITUTO DESPERTAI, [2023?]).

Segundo o site da Comunidade Terapêutica Novo Tempo⁴¹, esta realiza atendimento de homens com idade entre 18 e 60 anos, em vulnerabilidades social, e a informação trazida sobre

³⁵ Ibidem.

³⁶ CAVERNA DE ADULÃO. Tratamento. **Casa de Recuperação Caverna de Adulão**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<http://centrocaverna.blogspot.com/p/tratamento.html?m=1>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

³⁷ Ibidem.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ INSTITUTO DESPERTAI. Página Inicial. **Instituto Despertaí**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://ctdespertaí.com.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

⁴¹ NOVO TEMPO. Página Inicial. **Comunidade Terapêutica Novo Tempo**, Brasília, online [2023?].

Disponível em:

<<https://www.ctnovotempo.org/#:~:text=Somos%20a%20Comunidade%20Terap%C3%AAAutica%20Novo%20Tempo%2C%20institui%C3%A7%C3%A3o%20sem,60%20anos%20incompletos%2C%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20vulnerabilidade%20social>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

o tratamento é que se qualifica como humanista e “[...] enfoca a espiritualidade, faz reflexões sobre os conflitos internos e trabalha o emocional”⁴² (NOVO TEMPO, [2023?]).

Por último, não foi possível acessar o *site* da Comunidade Terapêutica Instituto Abba Pai, então recorreu-se a página do Instagram da instituição⁴³, com a descrição de que atende “Homens com Dependência Química ou Alcoólica”. A partir dos posts da instituição, nota-se a organização do tratamento baseado na prática dos 12 passos de Alcoólicos Anônimos, o fundamento nas escrituras religiosas, entre outras atividades relacionadas à música e agricultura, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Metodologia de Estudo do Instituto Abba Pai



Fonte: INSTITUTO ABBA PAI. A rotina diária dos nossos acolhidos, envolve atividades, horários, regras e normas a serem cumpridos, visam a conduzir o acolhido a se autodisciplinar e valorizar o tempo, as pessoas e as coisas ao seu redor. Pois acreditamos que a recuperação é alcançada quando o acolhido agrega em seu tratamento um conjunto de princípios e valores. Brasília, 31 jul. 2021.

Instagram: @ institutoabbapai.

⁴² Ibidem.

⁴³ INSTITUTO ABBA PAI. **Instituto Abba Pai**. Brasília, [2023?]. Instagram: @ institutoabbapai. Disponível em: <<https://www.instagram.com/institutoabbapai/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

A partir dos resultados obtidos com o levantamento nos sites das comunidades terapêuticas do Distrito Federal, observa-se a correspondência com o modelo descrito pela pesquisa do IPEA (2017), apresentando-se, explicitamente, o fundamento na “espiritualidade” ou na “religiosidade” em todas as comunidades terapêuticas analisadas. Apesar de algumas também incorporarem profissionais da área da saúde, como observado com o Instituto Despertai e da Caverna de Adulão, o que corrobora com a ideia de um modelo com atuação de lideranças religiosas, mas também com uma equipe técnica presente (INSTITUTO DESPERTAI, [2023?]; CAVERNA DE ADULÃO, [2023?]).

Outro eixo pontuado na pesquisa do IPEA (2017) e perceptível nas comunidades foi o eixo da “laborterapia” como forma de tratamento mencionada nas comunidades “Renovando a Vida”⁴⁴, “Desafio Jovem de Brasília”⁴⁵, “Salve a Si”⁴⁶, e a “Comunidade Terapêutica Caverna de Adulão”⁴⁷.

Além disso, ressalta-se a influência da metodologia do grupo “Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos”, os quais também se caracterizam pelo incentivo a dimensão da espiritualidade para o tratamento das drogas, com os casos do Instituto Despertai⁴⁸, Salve a Si⁴⁹, Instituto Abba Pai⁵⁰ e Novo Tempo⁵¹ (IPEA, 2017; REIS, 2019).

Complementando essa ideia, notam-se nos estabelecimentos a individualização do problema da droga, com propostas de tratamento que buscam transformar a conduta do indivíduo para ele poder retornar à sociedade, como pode ser observado no Instituto Despertai com a ideia de “promoção da aprendizagem”⁵² (INSTITUTO DESPERTAI, [2023?]), como

⁴⁴ RENOVANDO A VIDA. Página inicial. **Renovando a Vida**, online [2023a?]. Disponível em: <<https://renovandoavida.com.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

⁴⁵ DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA. Página inicial. **Desafio Jovem de Brasília**, online [2023?]. Disponível em: <<http://desafiojovem.bsb.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2022.

⁴⁶ SALVE A SI. Página inicial. **Salve a si**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://salveasi.com.br/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

⁴⁷ CAVERNA DE ADULÃO. Tratamento. **Casa de Recuperação Caverna de Adulão**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<http://centrocaverna.blogspot.com/p/tratamento.html?m=1>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

⁴⁸ INSTITUTO DESPERTAI. Página Inicial. **Instituto Despertai**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://ctdespertai.com.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

⁴⁹ SALVE A SI. Página inicial. **Salve a si**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://salveasi.com.br/>> Acesso em: 4 fev. 2023

⁵⁰ INSTITUTO ABBA PAI. **Instituto Abba Pai**. Brasília, [2023?]. Instagram: @ institutoabbapai. Disponível em: <<https://www.instagram.com/institutoabbapai/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

⁵¹ NOVO TEMPO. Página Inicial. **Comunidade Terapêutica Novo Tempo**, Brasília, online [2023?]. Disponível em:

<<https://www.ctnovotempo.org/#:~:text=Somos%20a%20Comunidade%20Terap%C3%AAAutica%20Novo%20Tempo%2C%20institui%C3%A7%C3%A3o%20sem,60%20anos%20incompletos%2C%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20vulnerabilidade%20social>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

⁵² INSTITUTO DESPERTAI. Página Inicial. **Instituto Despertai**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://ctdespertai.com.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

também a ideia do “reconhecimento do próprio descontrole”⁵³ (RENOVANDO A VIDA [2023b?]), observada na CT Renovando a Vida (REIS, 2019; SANTOS, 2018). Ademais, o tratamento estabelecido nessas comunidades pode ser associado com o processo de “renascimento” descrito por Reis (2019), também preconizado nos grupos de Alcoólicos Anônimos, de superação do passado com o consumo das substâncias ilícitas para um futuro “superior”, o que se pode deduzir da imagem de “ANTES/DEPOIS”⁵⁴ na postagem no Instagram da CT Projeto Criação de Deus e na ideia de “resignação de si” apresentada no site do Instituto Salve a Si (PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS, [2023?], SALVE A SI, [2023?]).

Outro aspecto prevalente nas CTs que definiram um período de internação, foi que a maioria tinha duração de quatro meses. Apesar de uma das CTs descrever uma opção de tratamento que não implica necessariamente no isolamento, caso ele tenha um trabalho e não queira no momento, como é o caso da comunidade Renovando a Vida (RENOVANDO A VIDA, [2023a?]). Além de expressarem o envolvimento da participação da família e a finalidade do retorno do indivíduo ao convívio social.

Também foi observado nos sites a menção de práticas que incentivam o lazer e incorporam práticas direcionadas para a saúde dos usuários, como por exemplo observado na página Projeto Criação de Deus (PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS, 2020c).

Ressalta-se que as referidas CTs contrapõe-se ao modelo de tratamento dos CAPS AD, considerando-se o trabalho de base religiosa, com exercícios como a laborterapia, a incorporação do princípio da abstinência, a internação e o enfoque no indivíduo para a superação das drogas. Apesar disso, nota-se em alguns estabelecimentos a referência a práticas de saúde, tratamento com equipe multiprofissional e convívio social.

Quanto ao CAPS AD, são equipamentos de saúde na comunidade, com equipes multidisciplinares, seguindo as diretrizes da Lei nº 10.216/2001, não condicionam o tratamento ao isolamento social, baseiam-se no tratamento a partir da concepção da droga como uma questão de saúde pública e com um cuidado integral e multiprofissional do indivíduo. Além disso, fundamentam-se no paradigma psicossocial, no qual a suspensão do consumo da droga não é a meta unívoca de tratamento, realizando-se um cuidado na comunidade e analisando os determinantes da relação entre o indivíduo e a substância (QUINTAS; TAVARES, 2021).

⁵³ RENOVANDO A VIDA. Página inicial. **Renovando a Vida**, online [2023b?]. Disponível em: <<https://renovandoavida.com.br/tratamento-rav-comunidade-terapeutica-brasil>> Acesso em: 4 fev. 2023.

⁵⁴ PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS. **Antes/depois**. Brasília, 12 maio 2020a. Instagram: @projetcriacaodedeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CAF3Gr1BbVo/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

Para mais, segundo o “Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020 - 2023”⁵⁵, a região do DF possui 18 CAPS, pontua-se que a cobertura é considerada “boa” para a região a partir dos critérios do Ministério da Saúde, contudo, ressalta-se que por não existir a oferta de serviços de diferentes modalidades, como o CAPS AD, CAPS i, encontra-se a dificuldade para a cobertura de atendimento do próprio território, assim, os “[...] os equipamentos assistem uma área que não se restringe à área de abrangência da sua região” (BRASIL, 2021a, p.7). Vale pontuar que do total de 18 CAPS, 4 são do tipo CAPS AD III, com atendimento continuado, funcionando 24 horas (BRASIL, 2022; BRASIL, 2021a).

A partir do exposto nesta seção, observam-se os limites para o levantamento de dados a respeito do desenvolvimento do programa “Crack, É Possível Vencer” no Distrito Federal. Ademais, foi possível analisar o modo de funcionamento de algumas CTs de Brasília, mas admite-se a impossibilidade da generalização desses modelos para as demais CTs brasileiras, haja vista que foram analisadas somente oito instituições, regulamentadas pela SEJUS-DF e trata-se de *sites* geridos pelas próprias instituições, o que contribui para se limitar a “aparência” do fenômeno (NETTO, 2011). Todavia, a pertinência do levantamento de informações está na observação do olhar crítico sobre o investimento de recursos públicos para esses espaços por meio do Fundo Antidrogas do Distrito Federal - FUNPAD, associado a Secretaria de Justiça e Cidadania, tendo em vista o controle social da Política de Saúde Mental concretizada no Distrito Federal (BRASIL, 2013c). Assim, relaciona-se esse processo de investimento nesses estabelecimentos com o processo mais amplo nacional de contrarreforma psiquiátrica observado no cenário brasileiro, com a mudança nas legislações que orientam-se para um “tratamento” pautado na abstinência e isolamento, a exemplo da nova PNAD mencionada na seção anterior a partir do relatório da Senapred⁵⁶ do ano de 2021, em detrimento do investimento em equipamentos de saúde no território, dispositivos de desinstitucionalização, orientados pelo paradigma psicossocial (BRASIL, 2001). Os resultados alcançados no conjunto da pesquisa apresentam fortes manifestações do conservadorismo na concepção e

⁵⁵ BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020-2023**. Governo do Distrito Federal, Brasília, 16 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840>. Acesso em: 5 fev. 2023.

⁵⁶ BRASIL. Ministério da Cidadania. Tribunal de Contas da União. **Política de Redução da Demanda por Drogas**. Brasília: SENAPRED, abr. 2021b. Disponível em: <<https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SENAPRED/SENAPRED%20-%20Informes%20da%20Gest%C3%A3o%2004-2021.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

implementação do programa “Crack, É Possível Vencer” e dos demais arranjos que asseguraram sua continuidade, apesar da revogação formal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse processo de construção do trabalho de conclusão de curso (TCC), em primeiro lugar, é possível afirmar que foi alcançado o objetivo geral pretendido, no sentido de que foram identificadas expressões manifestas do conservadorismo no programa “Crack, é possível vencer”, como o financiamento às comunidades terapêuticas, com um tratamento, majoritariamente, fundamentado na religiosidade, com uma perspectiva moralizante e individualizante sobre a questão das drogas.

Associado a isso, observou-se essas incidências na elaboração e execução de políticas públicas no Brasil, a título de exemplo tem-se a forma como a questão do “crack” virou um problema para a agenda pública, culminando no programa “Crack, é possível vencer”, tendo-se como um dos fatores influentes o pânico moral no período relacionado às matérias veiculadas nas mídias.

Com isso, aprofundou-se a discussão acadêmica sobre o modelo de tratamento e financiamento das comunidades terapêuticas no Brasil, em especial no Distrito Federal.

A realização de uma revisão bibliográfica em artigos acadêmicos acerca da temática das drogas, das políticas públicas, da religião e da saúde mental contribuíram para a compreensão sobre o desenvolvimento dos diferentes modelos de tratamento do fenômeno das drogas na sociedade brasileira.

Foi possível compreender o processo histórico de Reforma Psiquiátrica no cenário internacional e nacional, o processo de desenvolvimento de um paradigma de cuidado em saúde mental pautado na atenção psicossocial. Observou-se o processo histórico de atenção pública à temática das drogas no cenário brasileiro, e a relação entre a questão das drogas e a saúde mental. Além disso, empreendeu-se uma análise sobre o processo nomeado como “Contrarreforma Psiquiátrica” no cenário brasileiro e as suas implicações para o tratamento no campo da saúde mental.

Discutiu-se sobre o desenvolvimento das políticas sociais a partir de uma perspectiva marxista, o seu desenvolvimento historicamente no cenário internacional, e as incidências do avanço do neoliberalismo para a sua conformação nas últimas décadas. Também foi dissertado sobre as vertentes do conservadorismo, suas principais características e a força que ganhou na última década no cenário brasileiro, influenciando também no tratamento em saúde mental. Após, analisou-se os atravessamentos entre o campo da religião e do tratamento do problema das drogas historicamente, e sobre o processo de institucionalização das comunidades

terapêuticas brasileiras como opção de tratamento, as suas principais características e a sua diferenciação quanto ao modelo internacional.

Ainda, tratou-se especificamente sobre o programa “Crack, É Possível Vencer”, apresentando-se os paradigmas de redução de danos e da segurança pública que permearam o desenvolvimento do programa, o conservadorismo expresso com o tratamento em comunidades terapêuticas e o resultado do levantamento de dados sobre o desenvolvimento do programa no cenário brasileiro e os obstáculos para a sua implementação, relacionados com a confluência de paradigmas, e a falta de integração entre o Governo Federal e as outras regiões brasileiras para a sua execução. Além disso, dissertou-se sobre o desenvolvimento do referido programa especificamente na realidade do Distrito Federal e sobre os modelos de tratamento de comunidades terapêuticas que recebem financiamento do Fundo Antidrogas do Distrito Federal no ano de 2023.

Assim, considera-se que foi possível a aproximação com o fenômeno investigado, todavia, diante das limitações oriundas de um semestre encurtado em razão do contexto de pandemia, e também da própria obscuridade de informações nas fontes de dados relacionados ao objeto de investigação, restam lacunas na análise dos indicadores da forma de execução do programa “Crack, É Possível Vencer” na realidade do Distrito Federal. Sendo assim, considerando-se as limitações para o aprofundamento da temática, é possível a continuidade dessa investigação por meio de estudos futuros nas áreas de Serviço Social e Psicologia.

Posto isso, reforça-se a importância do controle social sobre as informações relativas aos programas sociais implementados pelo governo, conforme já ressaltado no Capítulo 1, é importante lembrar a importância histórica do envolvimento da sociedade nos eventos nacionais de saúde para o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, é necessário o posicionamento crítico dos cidadãos quanto ao financiamento público destinado às CTs como forma de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, que vem aumentando desde a instituição do programa “Crack, É Possível Vencer”, haja vista que esse processo é compreendido como expressão do movimento de “Contrarreforma Psiquiátrica” no cenário brasileiro, contrapondo-se ao paradigma do cuidado pautado na atenção psicossocial e nos princípios da luta antimanicomial.

ANEXO A – Formulário complementar enviado para as Comunidades Terapêuticas de Brasília-DF

- 1 - A instituição possui convênio com o Governo do Distrito Federal sobre atividades relativas ao programa “Crack, é possível vencer”? Em caso afirmativo, há quanto tempo?
- 2 - A instituição possui parcerias com outras organizações governamentais ou não governamentais? Em caso afirmativo, quais?
- 3 - Qual é o público prioritariamente atendido pela instituição?
- 4 - Quantos anos de existência tem a entidade e desde quando realiza atendimento em atividades relativas ao programa “Crack, é possível vencer”?
- 5 - Qual é a finalidade da instituição?
- 6 - Quais as principais atividades relacionadas ao programa “Crack, é possível vencer” ofertadas pela instituição?
- 7 - Quais as categorias profissionais envolvidas no trabalho do programa “Crack, é possível vencer”?
- 8 - Em relação ao programa “Crack, é possível vencer”, qual é a capacidade de atendimento anual da instituição?
- 9 - Desde que começou a ser prestado atendimento em relação ao programa “Crack, é possível vencer”, quantas pessoas já foram atendidas e a partir de que ano?
- 10 - Em relação às evasões ou desistências do tratamento, qual é a média durante o período de atendimento?
- 11 - Esta instituição possui relatórios de gestão que possam ser oferecidos para análises?
- 12 - Existe algum roteiro ou manual de atendimento em relação ao programa “Crack, é possível vencer”?
- 13 - Existe algum balanço acerca dos investimentos ou recursos disponibilizados pelo governo com o qual tem convênio para as atividades do programa “Crack, é possível vencer”?

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ronaldo de. A onda quebrada: evangélicos e conservadorismo. **Cadernos Pagu** [online], n. 50, p. 1-27, Campinas, 2017. n. 50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201700500001>>. ISSN 1809-4449. Acesso em: 17 nov. 2022.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, Paulo. NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, pp. 2067-2074, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 17 nov. 2022.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre política de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 12, pp. 4665-4674. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 5 fev. 2023.
- ASSIS, Jaqueline Tavares de.; BARREIROS, Graziella Barbosa.; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a Reforma Psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 4, pp. 584-596. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>>. ISSN 1984-0381. Acesso em: 17 nov. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. Rio de Janeiro, 14 dez. 2015. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>>. Acesso em: 22 nov. 2022.
- AZEVEDO, Américo Orlando. SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 03, pp. 491-510, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300007>>. ISSN 1809-4481. Acesso em: 9 dez. 2022.
- BARCELOS, Klindia Ramos *et al.* A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. **Saúde Debate** [online], v. 45, n. 128, pp. 130-140, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 1 fev. 2023.
- BARDI, Giovanna.; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 04, pp. 1557-1566, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 1 fev. 2023.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 66-78, Ribeirão Preto, jun. 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2022.

BEHRING, Elaine Rosseti. BOSCHETTI, Ivanete. **Biblioteca Básica de Serviço Social**, v. 2. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2016. p. 25-103.

BEZERRA, Iony Cunha. **Saúde mental e comunidades terapêuticas no DF**: entre a capina e a oração. 2018. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em:

<<https://bdm.unb.br/handle/10483/27683>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques. BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, v.22, n.4, p.1231-1248, Manguinhos, Rio de Janeiro, out.-dez. 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BOSCHETTI, Ivanete. Crítica Marxista do Estado Social e dos Direitos no Capitalismo Contemporâneo. *In*: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rosseti; LIMA, Rita de Lourdes. **Marxismo, Política Social e Direitos**. (org.). São Paulo: Cortez, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica sobre a RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011**: Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. 2013a. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/351json-file-1>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Crack, é possível vencer. 2018. **Portal da Transparência**. Programas de Governo. Programa Específico. Brasília, online [2023a?]. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/programas-de-governo/23-crack--e-possivel-vencer?ano=2018>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ministério da Educação. Resultado da Busca. Termo de pesquisa: “crack é possível vencer”. **Relatório de gestão do exercício**. Brasília, online. 17 Abr. 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/media/auditorias/processos_sesu/relatorio_gestao_exercicio_2013_sesu.pdf/vie>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ministério da Saúde. Resultado da Busca. Termo de pesquisa: “crack é possível vencer”. **Relatório de gestão do exercício**. Brasília, online. Dez. 2021c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=crack%20%20C3%A9%20poss%20C3%ADvel%20vencer%20minist%20C3%A9rio%20da%20sa%20C3%BAde>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Resultado da Busca. Termo de pesquisa: “crack é possível vencer”. **Portal da Transparência**, Brasília, online [2023b?]. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/busca?termo=crack%20%20C3%A9%20poss%20C3%ADvel%20vencer&execucao=true>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#textoimprensa>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto n. 7.637, de 8 de dezembro de 2011.** Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto n. 10.473, de 24 de agosto de 2020.** Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Presidência da República. 2020a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10473.htm>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020-2023.** Governo do Distrito Federal, Brasília, 16 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **CAPS AD III Brasília (Candango).** Governo do Distrito Federal, Brasília, 13 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/caps-ad-iii-brasilia-candango>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Entidades Beneficiadas 2023. **Portal da Transparência do Distrito Federal.** Governo do Distrito Federal, Brasília, 5 fev. 2023a. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/convenio/entidades-beneficiadas>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Entidades Beneficiadas 2023. **Portal da Transparência do Distrito Federal,** Brasília, 4 fev. 2023b. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/despesas/credor?orgao=FUNDO%20ANTIDROGAS%20DO%20DISTRITO%20FEDERAL%20-%20FUNPAD&ano=2023>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. DISTRITO FEDERAL. Página inicial. **Portal da Transparência do Distrito Federal.** Governo do Distrito Federal, Brasília, online [2023c?]. Disponível em: <<https://www.transparencia.df.gov.br/#/>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Ministério da Cidadania**. Brasília, [2023d?]. Disponível em:

<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao Equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rcr=1>. Acesso em: 4 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Tribunal de Contas da União. **Política de Redução da Demanda por Drogas**. Brasília: SENAPRED, set. 2020b. Disponível em:

<<https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SENAPRED/Informes%20da%20Gest%C3%A3o%20-%20SENAPRED.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Tribunal de Contas da União. **Política de Redução da Demanda por Drogas**. Brasília: SENAPRED, abr. 2021b. Disponível em:

<<https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SENAPRED/SENAPRED%20-%20Informes%20da%20Gest%C3%A3o%2004-2021.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conheça o Programa Crack, é possível vencer. **Agência MJ de Notícias**, Brasília, 6 ago. 2013b. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado**: informações sobre a rede de atenção psicossocial em 2017a. Brasília/DF. Disponível em:

<<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/rede-atencao-psicossocial/>> Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf>. Acesso em 5 fev. 2023.

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 2017b, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. **Termos de Colaboração do Conselho de Políticas sobre Drogas-(CONEN) – ATIVO**. Brasília, 30 ago. 2021d. Disponível em: <<https://www.sejus.df.gov.br/conselho-de-politicas-sobre-drogas-conen-2/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 280/2020**. Processo n. 009.180/2012-5. Relator Aroldo Cedraz. Brasília, 12 fev. 2020c. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/918020125.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=908c96b0-51b3-11ea-a336-07204c9d7533>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Política pública sobre drogas tem normas não observadas, sobrepostas e conflitantes. **Portal TCU**. Secom TCU. Brasília, 17 fev. 2020d. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/politica-publica-sobre-drogas-tem-normas-nao-observadas-sobrepostas-e-conflitantes.htm>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, v. 6, pp.115-128, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf> Acesso em: 3 dez. 2022.

CASTRO, Gustavo Emmanuel de. **Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: uma análise de sua implementação**. 2016. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas). Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: < <https://bdm.unb.br/handle/10483/14979>>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CAVALCANTE, Rita. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. Em: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. CAVALCANTE, Rita (org.). **Religiões e o Paradoxo Apoio Social: intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec Editora, 2019.

CAVERNA DE ADULÃO. Tratamento. **Casa de Recuperação Caverna de Adulão**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<http://centrocaverna.blogspot.com/p/tratamento.html?m=1>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

CERQUEIRA CORREIA, Ludmila.; ALMEIDA, Olívia Maria de. A luta antimanicomial continua!: Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, v. 3, n. 2, p. 319–347, Brasília, 2017. DOI: 10.26512/insurgencia.v3i2.19727. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19727>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CHIABOTTO, Cristian Cruz.; NUNES, Igor Sastro.; AGUIAR, Karla Susane Prado. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Revista Em Pauta**, n. 49, v. 20, pp. 81-94, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2022.63478>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: < https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Relatório de fiscalização - 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: 3 fev. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - CRESS/PR 11ª Região. Nota de Repúdio ao Anúncio de Ações de Internação Involuntária e Compulsória no Estado de São Paulo. **CRESS PR**, Curitiba, 11 jan. 2013. Disponível em: <<https://cresspr.org.br/2013/02/01/nota-de-repudio-ao-anuncio-de-acoes-de-internacao-involuntaria-e-compulsoria-no-estado-de-sao-paulo/>>. Acesso em: 5 fev. de 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da.; FARIA, Nicole Costa. E agora, José? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 31, n. 04, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>>. ISSN 1809-4481. Acesso em: 22 out. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Comunidades terapêuticas mas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. **Revista Serviço Social em Debate**, v.3, n.2, p. 22-39, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/352927248_Comunidades_terapeuticas_nas_politicas_antidrogas_mercantilizacao_e_remanicomializacao>. Acesso em: 4 dez. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da.; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, 12 (2), 44–59. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.28943>> Acesso em: 22 out. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da.; MENDES, Kíssila Teixeira. Saúde Mental em Tempos de Crise e Pandemia: um diálogo com Martin-Baró. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 217-231, jan./mar. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000100016&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2177-093X. Acesso em: 4 dez. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Um governo manicomial? Pela revogação do decreto 11.392/2023! Pelo fim das comunidades terapêuticas!. **Esquerda Online**, Juiz de Fora, 1 fev. 2023. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2023/02/01/um-governo-manicomial-pela-revogacao-do-decreto-11-392-2023-pelo-fim-das-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

COSTA. Pedro Henrique Antunes da. **Apoio às comunidades terapêuticas: uma esquerda manicomial? PT, frente única de esquerda e a política de saúde mental**, 2021. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2021/12/01/uma-esquerda-manicomial-apoio-as-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 22 out. 2022.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e modernidade. **Um Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 2, n. 3, dez. 2005. ISSN - 1807-698x. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acesso em: 22 out. 2022.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira. GONÇALVES, Renata Weber. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 3, 15 jul. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. ISSN 1981-7746. Acesso em: 8 dez. 2022.

DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA. Página inicial. **Desafio Jovem de Brasília**, online [2023?]. Disponível em: <<http://desafiojovem.bsb.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: a Dialética da Democracia Blindada no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Mauad X. 2017.

DOUDEMMENT, Marcello.; CONCEIÇÃO, Vinnie Nasser Mesquita da. *In*: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9463>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

EIDT, Luiza Barreto A onda conservadora no Brasil não é uma marolinha! Os repuxos do conservadorismo e a maré alta da nova direita no cenário da assistência social no Brasil. *In*: **III Seminário Regional de Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família e I Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família: crise, conservadorismo e resistência**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://editora.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2016/assets/7.pdf>>. ISBN: 978-85-397-0963-2. Acesso em: 22 dez. 2022.

FANTÁSTICO. Comunidades terapêuticas têm recebido cada vez mais dinheiro público, repassado por municípios, estados e pela União. **G1. Fantástico**. Rio de Janeiro, 20 jun. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/google/amp/fantastico/noticia/2022/06/20/comunidades-terapeuticas-tem-recebido-cada-vez-mais-dinheiro-publico-repassado-por-municipios-estados-e-pela-uniao.ghtml>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

FARIAS, Jéssica Souza de.; PASSOS, Rachel Gouveia. **Saúde mental e drogas: O avanço do conservadorismo em tempos de golpe – O caso das Comunidades Terapêuticas**. ENPESS. UFES. Vitória. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22152>>. Acesso em: 22 dez. 2022.

FERREIRA, Guilherme Gomes. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. **Lutas Sociais**, v.20, n.36, p.166-178. São Paulo, jan./jun. 2016. DOI: 10.23925/ls.v20i36.31855. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/31855>. Acesso em: 23 dez. 2022.

FOSSI, Luciana Barcellos.; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n.1, p. 94-115. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

FURTUOSO, Luiza Miranda.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da.; RONZANI, Telmo Mota. Drogas e alienação: para além da droga-mercadoria e do capital. **Estudos de Psicologia** [online], v. 25, p. 412-423, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200041>>. ISSN 1413-294X. Acesso em: 22 dez. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa-PB**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13806>>. Acesso em: 7 out. 2022.

GOMES, Maria do Socorro Mendes. **Monitoramento adotado na implementação de programas sociais: o Programa “Crack, é Possível Vencer” (2011 – 2014)**. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública). Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/35627>>. Acesso em: 3 fev. 2023.

GOULART, Sandra Lucia. **A construção de fronteiras religiosas através do consumo de um psicoativo: as religiões da ayahuasca e o tema das drogas**. Florianópolis: V RAM, 2003. Disponível em: <<https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/173.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2022.

INSTITUTO ABBA PAI. **A rotina diária dos nossos acolhidos, envolve atividades, horários, regras e normas a serem cumpridos, visam a conduzir o acolhido a se autodisciplinar e valorizar o tempo, as pessoas e as coisas ao seu redor. Pois acreditamos que a recuperação é alcançada quando o acolhido agrega em seu tratamento um conjunto de princípios e valores**. Brasília, 31 jul. 2021. Instagram: @ institutoabbapai. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CR_pnuqMB4O/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>. Acesso em: 4 fev. 2023.

INSTITUTO ABBA PAI. **Instituto Abba Pai**. Brasília, [2023?]. Instagram: @ institutoabbapai. Disponível em: <<https://www.instagram.com/institutoabbapai/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Comunidades Terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos**. Brasil. 2014. Disponível em: <bapi_6_2014_Comun.pdf (ipea.gov.br)>. Acesso em: 2 fev. 2023

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasil. 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>>. Acesso em: 2 set. 2022.

INSTITUTO DESPERTAI. Página Inicial. **Instituto Despertaí**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://ctdespertaí.com.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

JÚNIA, Raquel. Usuários de crack no centro das atenções. **Fiocruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 9 mar. 2012. Disponível em:

<<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/usuarios-de-crack-no-centro-das-atencoes>>. Acesso em: 5 fev. 2023.

KYRILLOS NETO, Fuad. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**, v. 1, n. 1, p. 71-82, Barbacena, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2022.

LEVY, Clarissa. Adolescentes denunciam tortura e mostram marcas de violência em comunidade terapêutica evangélica: Reportagem acompanhou inspeção e encontrou sinais de maus-tratos em centro de reabilitação que replica programa americano. **Agência Pública**, 30 out. 2020. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/adolescentes-denunciam-tortura-e-mostram-marcas-de-violencia-em-comunidade-terapeutica-evangelica/>> Acesso em: 22 nov. 2022.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290101>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, v.14, n.3, p.801-821, Manguinhos, Rio de Janeiro, jul.-set. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>>. ISSN 1678-4758. Acesso em: 4 dez. 2022.

MACHADO, Letícia Vier. BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 33, n. 3, pp. 580-595, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>>. ISSN 1982-3703. Acesso em: 4 dez. 2022.

MANDEL, Ernest. **O Estado na Fase do Capitalismo Tardio**. In: O Capitalismo Tardio. Trad. Carlo Eduardo S. Matos *et al.* São Paulo: Abril Cultural, 1982

MATTOS, Márcio Júlio da Silva. Crack e Políticas Públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, É Possível Vencer”. **Planejamento e políticas públicas**. n. 49. jul./dez. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8242/1/ppp_n49_crack.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O ciclo da pesquisa. In: DESLANDES, Suely Ferreira. CRUZ NETO, Otavio. GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21º ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista Em Pauta**. 2007. Disponível em: <DOI:10.12957/rep.2007.164>. Acesso em: 5 dez. 2022.

NASCIMENTO, Juliana Duarte do. **O avanço do conservadorismo na Política de Saúde Mental**: as implicações para o Serviço Social. 2019. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36152>>. Acesso em: 17 dez. 2022.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino Social em Comunidades Terapêuticas. Em: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9445>> Acesso em: 17 dez. 2022.

NETTO, José Paulo. **Introdução aos Estudos do Método de Marx**. 1.ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011, p. 19-59.

NEVES, Aline Gabriela Simon. **As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015**. 121 f. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25762/ve_Aline_Neves_ENSP_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 28 nov. 2022.

NOVO TEMPO. Página Inicial. **Comunidade Terapêutica Novo Tempo**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://www.ctnovotempo.org/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 12, pp. 4489-4498. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>>.ISSN 1678-4561. Acesso em: 11 jan. 2023.

OKA, Clara Parente Barreto; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: um estudo documental. The paths of Brazilian Psychiatric Counter-reform: a documentary study. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.14, n.40, p.01-29. Florianópolis, 2022. ISSN 2595-2420. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/364356825_Os_Caminhos_da_Contrarreforma_Psiquiatrica_Brasileira_Um_estudo_documental>. Acesso em: 4 dez. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World mental health report: transforming mental health for all**. 2022. ISBN: 9789240049338. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PAIM, Jaimilson Silva. **O que é o Sus**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; SANTOS, Tiago Braga do Espírito. O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL no 565/2019. **Revista Em Pauta**. Rio de Janeiro, n.49, v. 20, pp. 205-220. 2022. Disponível em: <doi: 10.12957/REP.2022.63529> ISSN: 1414-8609. Acesso em: 4 fev. 2023.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). BEHRING, Elaine Rosseti. SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Política social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez Editora. 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Proteção social contemporânea: cui prodest?. **Serviço Social & Sociedade** [online], n. 116, pp. 636-651, 13 dez. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000400004>>. ISSN 2317-6318. Acesso em: 1 fev. 2023.

PINTO, Emy Nayana. CAPÍTULO II – Paradigma conservador presente nos posicionamentos e documentos sobre a política internacional de drogas na ONU e na OMS. *In*: PINTO, Emy Nayana **Perspectiva de ruptura no paradigma da política internacional sobre drogas ilícitas no campo da saúde pública e no âmbito da Organização Mundial da Saúde – OMS**. 2017. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2017. pp. 26-36. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/27269>>. Acesso em: 17 ago. 2022.

PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS. **Antes/depois**. Brasília, 12 maio 2020a. Instagram: @projetocriacaodeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CAF3Gr1BbVo/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS. **Apresentação cultural**. Brasília, 18 nov. 2020b. Instagram: @projetocriacaodeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/tv/CHvpMfyn4gN/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS. **Lazer!**. Brasília, 13 maio 2020c. Instagram: @projetocriacaodeusoficial. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CAITyLBBvWz/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS. **Projeto Criação de Deus**. Brasília, [2023?]. Instagram: @projetocriacaodeusoficial. Disponível em: <[instagram.com/projetocriacaodeusoficial/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D](https://www.instagram.com/projetocriacaodeusoficial/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D)>. Acesso em: 4 fev. 2023.

QUADROS, Marco Paulo dos Reis; MADEIRA, Rafael Machado. Fim da direita envergonhada? Atuação da bancada evangélica e da bancada da bala e os caminhos da representação do conservadorismo no Brasil. **Revista Opinião Pública** [online]. 2018. Campinas, v. 24, n. 23, pp. 486-522. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-01912018243486>>. e-ISSN 1807-0191. Acesso em: 5 fev. 2023.

QUINTAS, Ana Caroline de Moraes Oliveira.; TAVARES, Priscilla dos Santos Peixoto Borelli. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, spe 3 [Acessado 5 Fevereiro 2023], pp. 198-209. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E317>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 5 fev. 2023.

REIS, Tatiana Rangel. Antecedentes históricos e teóricos da Irmandade de Alcoólicos Anônimos: apontamentos sobre a relação entre o tratamento do alcoolismo e a religiosidade. Em: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. CAVALCANTE, Rita (org.). **Religiões e o Paradoxo Apoio Social**: intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. São Paulo: Hucitec Editora, 2019.

RENOVANDO A VIDA. Página inicial. **Renovando a Vida**, online [2023a?]. Disponível em: <<https://renovandoavida.com.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2023.

RENOVANDO A VIDA. Página inicial. **Renovando a Vida**, online [2023b?]. Disponível em: <<https://renovandoavida.com.br/tratamento-rav-comunidade-terapeutica-brasilia/>> Acesso em: 4 fev. 2023.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 19, n. 54, pp. 515-526, jul.-set., 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>>. ISSN 1807-5762. Acesso em: 1 fev. 2023.

SALVE A SI. Página inicial. **Salve a si**, Brasília, online [2023?]. Disponível em: <<https://salveasi.com.br/>>. Acesso em: 3 fev. 2023.

SANTOS, M. P. dos. Comunidades Terapêuticas e a Disputa sobre Modelos de Atenção a Usuários de Drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9444>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. **Rev. Epos**, v. 4, n. 1, Rio de Janeiro, jun., 2013. Disponível em: <A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda (bvsaud.org)>. ISSN 2178-700X. Acesso em: 03 dez. 2022.

SILVA, Maria Lucia Lopes. O Significado da seguridade social na Constituição de 1988. In: SILVA, Maria Lucia Lopes. **(Des)Estruturação do Trabalho e Condições para a Universalização da Previdência Social no Brasil**. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília. 2011. pp. 89-106. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/8716>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

SILVA, Martinho Braga. DELDUQUE, Maria Célia. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 1, pp. 231-250, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100013>>. ISSN 0103-7331. Acesso em: 3 dez. 2022.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O RETORNO DA CENTRALIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: RETROCESSOS RECENTES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>>. ISSN 1981-7746. Acesso em: 9 dez. 2022.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. **Tendências ideológicas do conservadorismo..** Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/18011>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação. **Serviço Social & Sociedade** [online], v. 00, n. 122, pp. 199-223, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.020>>. ISSN 2317-6318. Acesso em: 11 jan. 2023.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o Debate sobre a Reforma Sanitária para Avançar o Sistema Único De Saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, out.-dez. 2009, p. 472-480. Disponível em:

<https://www.academia.edu/56494341/Retomar_o_debate_sobre_a_reforma_sanit%C3%A1ria_para_avan%C3%A7ar_o_sistema_%C3%BAnico_de_sa%C3%BAde_SUS>. Acesso em: 5 fev. 2023.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto. CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 3, pp. 1041-1050, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 1 dez. 2022.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O campo das ciências das religiões, suas complexas relações com contexto histórico e o paradoxo apoio social - intolerância. Em:

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. CAVALCANTE, Rita (org.). **Religiões e o Paradoxo Apoio Social: intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec Editora, 2019.