

## Proibicionismo: há “pedras” no caminho

Maria Lúcia Teixeira GARCIA<sup>1</sup>

O convite para debater o texto de Rita Cavalcante e Priscilla Tavares publicado na *Argumentum* traz um tema candente a todos os envolvidos quer na área da Saúde quer na área de Assistência Social: o crack. É oportuno reunirmos aqui vozes que desnudem ao leitor deste periódico questões que, muitas vezes, ficam invisíveis.

Nosso objetivo aqui é destacar alguns aspectos do texto que, a meu ver, se fazem necessários. Optamos por começar pelo mais fácil: a “pedra” que nomina o subtítulo do artigo. O crack é uma substância psicoativa (cocaína em forma de pedra, com presença de produtos químicos utilizados no refino da pasta base de cocaína). “O *crack* ou ‘pedra’ é uma cocaína alcaloidal (básica), um composto amorfo que pode conter cristais de cloreto de sódio. É um composto de coloração bege. *Crack* refere-se ao som de estalido provocado quando o composto é aquecido. Um efeito intenso ocorre de 4 a 6 segundos após a inalação do *crack*.”

Um sentimento de exaltação e de desaparecimento de ansiedade vivenciado, junto com um exagerado sentimento de confiança e autoestima. Há também uma perturbação do juízo crítico e o usuário tende a cometer atos irresponsáveis, ilegais ou perigosos, sem se preocupar com as consequências” (BERTOLOTE, 2006).

Essa droga traz, em si, múltiplos aspectos para debate: o processo de fabricação, distribuição e comercialização de uma substância ilícita<sup>2</sup>, o consumo da substância que envolve diferentes padrões de consumo, e os danos individuais e coletivos resultantes deste, a forma de tratamento,

---

<sup>1</sup>Pós-doutora pela Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES, Brasil). Membro do grupo Fênix de Análise de Políticas Públicas. Email: <[lucia-garcia@uol.com.br](mailto:lucia-garcia@uol.com.br)>.

<sup>2</sup> Como um produto (mesmo que ilícito), o crack tem um mercado caracterizado por ter um baixo custo (quando comparado a outras drogas, como a cocaína). Lançado para popularizar o uso da cocaína, movimentou até US\$ 100 bilhões em 2009, segundo cálculos da ONU.

o sofrimento de quem convive com o usuário dessa substância, entre outros. Qualquer foco em um dos aspectos implica perder a complexidade desse fenômeno.

No momento atual, o foco tem sido o consumo de crack e seus impactos sociais. Sob o manto do problema do consumo, nos defrontamos com um acalorado debate em torno do que fazer em relação ao usuário dessa droga. Diferentes são os argumentos apresentados e somos desafiados a nos colocar nesse debate. É *myster* deixar claro um pressuposto que nos orienta: entenderemos a questão em tela não como uma questão em si – a droga –, nem o sofrimento decorrente desse consumo, mas o que nela não conseguimos ver: os interesses políticos e econômicos que se inter cruzam por fios nele nem sempre visíveis.

Como uma leitora, tal como dito por Mário Quintana, o texto de Rita Cavalcante e Priscilla Tavares me fez continuar “a viagem por conta própria”. Nessa “viagem”, resgatei os diferentes discursos com os quais temos nos defrontado para entender a questão e tentar responder à indagação das autoras: “Como tornar as comunidades terapêuticas rede complementar no SUS quando não temos uma rede territorial pública implantada?”. Ou seja: “O que temos?”.

Começemos pelos fatos: estudo da Universidade Federal de São Paulo

(UNIAD/UNIFESP) coloca o Brasil como o primeiro lugar em consumo de crack – aproximadamente 1,2 milhões de usuários (WOLOSZYN, 2012).

Militantes no debate da questão das drogas, as autoras nos fazem pensar sobre essa velha, travestida de nova, guerra às drogas no contexto brasileiro e o destaque que o discurso moral-legal (MARLAT, 1999) assume numa conjuntura de expansão das igrejas pentecostais<sup>3</sup> – principais organizadoras no Brasil das Comunidades Terapêuticas religiosas (CRT)<sup>4</sup> – serviço que, por diferentes vias, vem se expandindo no país com o suporte do fundo público. Dados da SENAD de 2007 indicam que 38,5% das instituições de tratamento são comunidades terapêuticas (BRASIL, 2007).

---

<sup>3</sup> Dados do Censo Demográfico 2010 mostram que a população evangélica no Brasil passou de 15,4% da população brasileira para 22,2%, o que dá um crescimento de 6,8 pontos percentuais nos últimos dez anos, representando 42,3 milhões de pessoas (IBGE, 2012). Existem também Comunidades terapêuticas vinculadas à Igreja Católica. Há 2 Federações que representam os interesses dessas comunidades: a Federação Brasileira das comunidades terapêuticas (FEBRACT) e a Federação Brasileira das Comunidades terapêuticas evangélicas).

<sup>4</sup> As comunidades eram reguladas pela Resolução 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), alvo de críticas por parte dos dirigentes das CTR – uma delas seria a proibição de vínculo religioso. Em 2011, foi editada uma nova Resolução (nº 29).

O crescimento do investimento do Estado brasileiro nessas instituições tem sua defesa estruturada no Congresso Nacional, por meio da ação de uma Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (Apacs).

De um lado, a defesa intransigente da frente parlamentar, de outro, o rechaço ao financiamento das comunidades terapêuticas, manifestado tanto pelos participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) quanto da XIV Conferência Nacional de Saúde (2011). Há, ainda, a resistência apresentada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que advoga a ausência de evidência científica da eficácia do tipo de tratamento ofertado nas C-TRs.

E, por último, o governo federal, que implementa o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (lançado após as conferências), e anuncia uma parceria com a rede de serviços “do terceiro setor”, que trabalham com “abordagens terapêuticas as mais variadas possíveis”. Nesse momento, evidencia uma diacronia na direção das políticas implementadas pelo Estado brasileiro na questão drogas.

Tal como demonstramos anteriormente (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008), as disputas entre a Secretaria de Políticas Públicas sobre drogas

(SENAD) e o Ministério da Saúde (coordenação de Saúde Mental) na direção da política de drogas caminham, muitas vezes, por caminhos opostos. Um exemplo pode ser o depoimento de Roberto Tykanori à Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, "Crack" e Outros – CASDEP, em 2011, no qual indica que “[...] não há intenção do Ministério da Saúde de trazê-las para o sistema sanitário” (BRASIL, 2011a, p. 34). Como um jogo no qual múltiplos interesses estão envolvidos, essa afirmação foi derrubada pelo próprio Ministério da Saúde (MS). Senão, vejamos. A opção política da presidência prioriza a direção defendida pela SENAD (propositora e principal financiadora do referido Plano), na qual a Saúde entra com um papel complementar. O total de recursos que o Ministério da Saúde está destinando até 2014 para Caps ad 24h, Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil, Consultórios na Rua e leitos psiquiátricos em Hospital Geral é de R\$ 1,56 bilhão. As comunidades terapêuticas receberão R\$ 300 milhões no mesmo período. Mas como isso é possível?

Amarante (2011), em seu artigo *Política anti-crack: epidemia do desespero ou do mercado antidroga?*, apresenta dois aspectos sobre o Plano Nacional de combate ao crack que são preocupantes: a reduzida atenção à prevenção e o crescimento do finan-

ciamento público às comunidades terapêuticas.<sup>5</sup>

Amarante (2011) destaca: [...] “ninguém discorda que o Estado precisava definir uma política sobre o uso de drogas. O curioso é que a questão do financiamento público às ‘comunidades terapêuticas’, geridas, como são, por entidades religiosas, venha a ser um dos principais aspectos do Plano”.

O que se evidencia aqui são as disputas que atravessam esse cenário: aspectos morais, culturais, sanitários, econômicos, psíquicos. Há, ainda, e isso não pode ser esquecido, as dimensões individual e coletiva de sofrimento. E, nesse processo, todos questionamos: “Qual o papel do Estado brasileiro nessa questão?”. Reemerge com força a defesa da iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) como necessária no âmbito do enfrentamento ao crack. Mas, se buscarmos a questão do financiamento da saúde mental, veremos que estamos longe de alcançar a meta proposta pela OMS (5% do orçamento geral da Saúde). E mais, o MS informa que a rede de serviços existente cobre 72% da demanda da área. O princípio da universalidade de acesso é, assim, negado cotidianamente. Mas também desconhecemos se o que existe responde ao direito do usuário de ter acesso ao melhor serviço conforme a

---

<sup>5</sup>Amarante opta por usar a palavra entre aspas para marcar a diferença entre a proposta, entre outros por Maxwell (psiquiatra inglês) e a experiência brasileira.

sua necessidade. Que resultado uma internação prolongada em uma Comunidade Terapêutica alcança? Não há dados disponíveis que respondam a essa indagação.

Parafraseando Rita Cavalcante e Priscilla Tavares, **o pressuposto que defenderemos aqui é o de que se vive um tempo de agudização de uma “guerra de posição”<sup>6</sup> que se desenrola no país – e no mundo – desde o século passado. Para a nossa presidente Dilma, “[...] o governo federal fará um combate sistemático contra o crack, numa luta ‘sem quartel’ contra a droga”** (UNDOC, 2011). Para Bertolote, essa luta envolve a clareza de entender que a desintoxicação tem seu papel de reduzir os danos a que está sujeito um usuário dessa substância, mas é uma contribuição limitada e limitante. “Um sólido sistema de apoio médico, psiquiátrico, social, familiar e psicológico é essencial” (depoimento de José Manoel Bertolote em *Debate na subcomissão do Senado em 2012*). *E o que temos?*

As Redes de Atenção Psicossocial (RAPs) para pessoas com sofrimento

---

<sup>6</sup> A “guerra de posição” é um conceito originário da prática militar, que foi elaborado pela teoria política de Antônio Gramsci. Pressupõe uma longa luta de persuasão na busca por direção política e cultural de um projeto societário, que se dá no âmbito das instituições para ocupação das instâncias do poder político. Para aprofundar este conceito e o de “hegemonia”, sugerimos a leitura de GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi normalizada pela Portaria N° 3.088 (de dezembro de 2011 – primeiro ano do governo Dilma). Nesta portaria, a Comunidade terapêutica compõe a Atenção Residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2011b). Também em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução N° 29 que define os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Analistas apontam que essa nova Resolução retira requisitos presentes em resolução anterior que dificultava as comunidades terapêuticas em obter financiamento público (como exigência de avaliação psiquiátrica para admissão).

Nesse mesmo ano (2011), o Conselho Federal de Psicologia realizou a 4ª inspeção nacional em 68 locais de internação para usuários de drogas, muitos desses, caracterizados como CTR (CFP, 2011). O relatório conclui: Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos [...] O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade cul-

pada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada.

Em janeiro de 2012, a Portaria N° 121 instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2012a). No mesmo mês, o MS edita a Portaria N° 131 que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012b). Decorrente desta Portaria, o MS publicou, em agosto do mesmo ano, a Portaria N° 856, que define como Unidade de Atenção em Regime Residencial o estabelecimento de saúde que presta serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, incluída a **Comunidade Terapêutica**, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012c).

Com uma centralidade da Secretaria de Políticas Públicas sobre Drogas (hoje vinculada ao Ministério da Justiça) na direção das ações de enfrentamento ao crack, alguns aspectos requerem aprofundarmos (e denunciarmos) o que isso traz nessa guerra: o avanço das comunidades terapêuticas religiosas no acesso ao financiamento público. Isso aparece claramente no *Programa Crack, é possível vencer* (do Ministério da Justiça/SENAD), sobre o qual se informa: “[...] deve gerar mais de 10 mil vagas para acolher gratuitamente usuários e dependentes de drogas em todo o país com a publicação do chamamento público para comunidades terapêuticas voltadas para o acolhimento dessas pessoas. Os recursos para ação são provenientes do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), com o pagamento mensal de R\$ 1 mil pelos serviços de acolhimento de adultos e R\$ 1,5 mil para crianças, adolescentes e mães em fase de amamentação. Essa ação será financiada com recursos do Fundo Nacional Antidrogas” (Funad) (BRASIL, 2012d).

Como um órgão de fiscalização, o Tribunal de Contas da União publicou, em início de 2012, um relatório com as conclusões da auditoria no Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Nele, o TCU identificou “deficiências nos mecanismos de seleção, fiscalização e controle das atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas selecionadas pelo Edital

001/2010/GSIPR/SENAD/MS”. Indica, ainda, que a maioria das comunidades terapêuticas selecionadas pelo referido Edital para receber recursos federais não possui licença sanitária (55%), o que corresponde a 43 comunidades terapêuticas e 520 leitos (BRASIL, 2012e).

Enfim, entre o desejo das autoras de “[...] uma agenda democrática sobre as drogas tenha na derrocada do proibicionismo seu substrato” e os dados da realidade brasileira, temos uma conclusão muito pessimista. Por isso, o título metafórico de minha reflexão: “**Há ‘pedras’ no caminho**”. As pedras podem representar o nome dado ao crack como as inúmeras resistências na direção de uma política que avance na direção do fim do proibicionismo.

Daí reside a importância da reflexão empreendida pelo texto: temos que ter sonhos e lutar por eles.

## Referências

AMARANTE, P. Política anti-crack. Epidemia do desespero ou do mercado anti-droga? **Blog do Cebes**. Disponível: <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1958&idSubCategoria=56>. Acessado em 12/10/2012.

BERTOLETE, J. M. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: SENAD, 2006. Publicado pela OMS em 1994. Disponível: <http://www.crianca.caop.mp.pr.go>

[v.br/arquivos/File/publi/senad/glossario\\_de\\_alcool\\_drogas.pdf](http://v.br/arquivos/File/publi/senad/glossario_de_alcool_drogas.pdf)>.

BRASIL. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho (Universidade de Brasília), Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte (Senad). Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório final da Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, "Crack" e Outros**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília DF, 2011b. Disponível: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 121**, de 25 de Janeiro de 2012. Brasília,DF, 2012a. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sauddegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sauddegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)>. Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 131, de 26 de Janeiro de 2012. Brasília,DF, 2012b. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sauddegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sauddegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)>. Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 856, de 22 de Agosto de 2012. Brasília,DF, 2012c. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sauddegis/sas/2012/prt0856\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sauddegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html). Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Chamado para 10 mil vagas para acolher usuários de crack e drogas**. Brasília, 2012d. Disponível: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={B65AD46B-7869-40ED-B5EC-1652B28565BC}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID%3D%7B4C9F2F86%2DD953%2D4EFF%2DAB80%2D0182B43C0F5D%7D%3B&UIPartUID=%7B2218FAF9%2D5230%2D431C%2DA9E3%2DE780D3E67DFE%7D>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. 2012e. Acórdão n° **360/2012** Disponível: <<http://coletivodar.org/2012/02/auditoria-no-sisnad-tcu-identifica-comunidades-terapeuticas-sem-licenca-sanitaria/>>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, 2011. Disponível: [http://www.crpasp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpasp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf). Acesso em: 10 dez. 2012.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassia-

ne Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em: 12 out. 2012.

MARLAT, A. DONOVAN, D. (Org). **Prevenção de Recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

UNDOC. **No Brasil, Senad lança Centros Regionais de Referência**

**em crack e outras drogas**. Disponível: <<http://www.unodc.org/southerncone/pt/frontpage/2011/02/18-no-brasil-senad-lanca-centros-regionais-de-referencia-em-crack-e-outras-drogas.html>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

WOLOSZYN, A. L. Consumo de crack preocupa Brasil. **Diálogo**. 25/10/2012. Disponível: [http://dialogoamericas.com/pt/articulos/rmisa/features/special\\_reports/2012/10/25/feature-ex-3622](http://dialogoamericas.com/pt/articulos/rmisa/features/special_reports/2012/10/25/feature-ex-3622). Acesso em: 10 out. 2012.