



6º Encontro Internacional de Política Social
13º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl
Marx para pensar a crise do capitalismo
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

Eixo: Políticas sociais e estratégias de desenvolvimento.

**“NOVAS TENDÊNCIAS” DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS
DE SAÚDE NO CAMPO DAS DROGAS: REFILANTROPIZAÇÃO DO
TRATAMENTO E PENALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS**

Giovanna Bardi¹

Resumo: Neste trabalho, realizamos um resgate histórico da formulação das políticas e programas sociais nacionais no campo das drogas, bem como problematizamos a existências de “novas tendências” de políticas e programas neste cenário. Quais seriam estas tendências? Seriam, de fato, novas? O levantamento realizado demonstrou o quanto as políticas e programas são atravessados pelos interesses do capital, pela criminalização dos usuários de drogas, numa constante divisão de “responsabilidades” entre a saúde e a justiça e pela focalização das políticas e programas sociais. Além disso, as citadas “novas tendências” parecem não ser tão novas assim, pois transitam entre a refilantropização do cuidado e a penalização dos usuários, já historicamente conhecidas.

Palavras-chave: Política social; Drogas; Refilantropização; Penalização.

Abstract: In this work, we performed a historical rescue of the formulation of national social policies and programs in the field of drugs, as well as the existence of "new trends" of policies and programs in this scenario. What are these trends? Were they really new? The survey showed how policies and programs are crossed by the interests of capital, the criminalization of drug users, a constant division of "responsibilities" between health and justice, and the focus of social policies and programs. In addition, the aforementioned "new trends" do not seem to be so new, since they transit between the refilanthropic care and the criminalization of users, who are already known historically.

Keywords: Social policy; Drugs; Refilanthropization; Penalty.

I. Introdução

O uso de drogas² na atualidade tem gerado debates alarmantes, nos quais ficam aparentes as divergências existentes nas formas de se compreender o tema, bem como nas possibilidades colocadas para lidar com ele. Contudo, predomina-se ainda uma compreensão do usuário de drogas restrito a perspectivas pontuais e padronizantes, que colocam todas as experiências com as drogas (sejam quais forem) a partir da dependência.

¹ Professora Assistente no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo, graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, mestre pelo Programa de Pós- Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, doutoranda no Programa de Pós- Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: <bardi.giovanna@gmail.com>.

² O termo “drogas” neste trabalho fora escolhido para designar, sobretudo, as substâncias de ordem ilícita, pois é desta forma que são conhecidas no meio social, no senso comum. Embora haja clareza de que as drogas se tratam também de substâncias lícitas, como álcool e os medicamentos, estes não são conhecidos no meio social pela maior parte da população como drogas.

Há ainda, a classificação dos indivíduos pelo viés da justiça, que os criminaliza e os demoniza (FIORE, 2014).

Entretanto, há pouco mais de cem anos as substâncias que hoje conhecemos como drogas não eram proibidas. A repreensão em torno delas no contexto mundial é historicamente recente, se comparada aos registros existentes sobre o uso dessas substâncias, sendo que a maioria delas não eram sequer regulamentadas antes do século XX. Não se podia falar, portanto, nas drogas como um problema social e, muito menos, numa “guerra às drogas”, tão consolidada nos dias de hoje (MACRAE, 2003).

Compreende-se, portanto, que houve um processo de construção desse proibicionismo, que se deu juntamente à expansão do capitalismo³, para atender a diversos objetivos de ordem econômica (SOUZA, 2012). Nesse cenário, em função das consequências do proibicionismo, podemos falar hoje no fenômeno das drogas como uma das expressões da questão social, que é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo, sendo determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração (NETTO, 2001).

Apesar dos mais diversos postulados proibicionistas, incorporados por inúmeros países, inclusive o Brasil, cujas expressões sociais são múltiplas, principalmente no que compete à criminalização dos indivíduos negros e pobres que fazem uso de drogas, avançamos, em alguma medida, na conquista de políticas e programas sociais de saúde que se detêm sobre a temática. Assim, neste artigo, objetivamos realizar um resgate histórico da formulação destas políticas e programas, demonstrando o quanto são atravessadas pelos interesses do capital, pela criminalização dos usuários de drogas, numa constante divisão de “responsabilidades” entre a saúde e a justiça e pela focalização das políticas e programas sociais.

Posteriormente, também serão apresentadas as “novas tendências” das políticas e programas sociais voltados para os usuários de drogas na sociedade brasileira. Quais seriam estas tendências? Seriam, de fato, novas? Se sim, o que há de novo nesse cenário?

II. As políticas e programas sociais de saúde no campo das drogas

³ Não nos deteremos especificamente sobre a discussão do quanto o desenvolvimento do capitalismo contribuiu para a criação do fenômeno das drogas à nível mundial como o conhecemos hoje. Para maiores informações, consultar SOUZA (2012).

Conforme mencionamos, é preciso ter clareza de que as políticas e programas sociais relacionados à temática das drogas estão inscritos num contexto bastante complexo, em que o consumo torna-se um problema para uma determinada classe, que necessita ser controlada e vigiada. As políticas se constituíram, assim, numa tentativa de apresentar respostas a um fenômeno socialmente criado, que esquadrinha aqueles que serão “beneficiados” por elas.

Além disso, faz-se necessário pontuar que as políticas sociais resultam da complexa correlação de forças entre capital e trabalho e seu contorno, ou melhor, “[...] são produto da relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história e, portanto, de relações – simultaneamente antagônicas e recíprocas – entre capital x trabalho, Estado x sociedade e princípios da liberdade e da igualdade que regem os direitos de cidadania” (PEREIRA, 2011, p.166).

Com relação às políticas referentes às drogas, encontram-se tão fortemente imbricadas com o processo do proibicionismo e seus rebatimentos nos interesses econômicos, que as primeiras medidas de tratamento destinadas aos “dependentes”⁴ de drogas não surgiram no campo da saúde pública, mas foram propostas no âmbito da justiça penal, a partir de um aparato legislativo que criminalizava as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas e eram destinadas às pessoas que cometiam o ato ilícito de se drogar (FIORE, 2005).

As políticas no âmbito da saúde, somente se tornaram possíveis a partir dos avanços técnicos, políticos e ideológicos viabilizados pela implementação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), criado através de movimentos sociais, de trabalhadores e gestores do setor público de saúde, com a finalidade, ao menos no plano teórico, de prestar atenção integral, equânime e universal para todos os cidadãos brasileiros, inclusive os usuários de drogas (MACHADO, 2006). O próprio texto constitucional prevê como uma das competências dos municípios, no âmbito do SUS:

A prevenção do uso de drogas que determinem dependência física ou psíquica, bem como seu tratamento especializado, provendo os recursos humanos e materiais necessários (BRASIL, 1988, p.47).

Todavia, essa e diversas outras competências atribuídas ao SUS obtiveram uma resposta tardia, uma vez que o processo de efetivação e construção do SUS, desde o início,

⁴ Há um cuidado aqui na utilização do termo “dependência” para os usuários de drogas pela compreensão de que nem sempre há, de fato, uma dependência instalada no uso, embora o termo seja utilizado largamente nos debates sobre a temática, sobretudo no campo da saúde.

se deu em um cenário de reforma econômica de caráter neoliberal, marcado por paradoxos e impasses que dificultaram a concretização de suas proposições (PEREIRA, 1996). Sendo assim, de acordo com Pereira:

[...] foi empreendido um perfil, no mínimo paradoxal, às políticas de saúde na década [de 80], uma vez que, se de um lado, foram aprovadas no texto constitucional alterações vinculadas a um modelo de Welfare State institucional-redistributivo concernente aos princípios de cidadania social inspirados nos princípios da reforma sanitária, consolidou-se na vida prática dessas políticas uma tendência de política social de características residuais, segmentárias e focalizadas nos estratos de baixa renda, típicas do modelo neoliberal (PEREIRA, 1996, p. 460).

Para além do caráter focalizado das políticas sociais, a partir dos anos 1990 no Brasil, a ideia de “solidariedade” se constituiu de forma relevante por meio de variadas articulações entre sociedade política e sociedade civil, concretizadas em ações de combate à pobreza qualificadas como públicas e participativas. Assim, houve um incentivo massivo em parcerias com o terceiro setor, capital social e voluntariado, adotando a orientação do Banco Mundial (ALMEIDA, 2006).

Ainda assim, os movimentos de defesa dos direitos dos usuários do SUS, sobretudo o Movimento de Reforma Sanitária, proporcionaram a inclusão da temática das drogas na agenda da saúde pública brasileira. Esse processo surgiu a partir da constatação, feita na década de 1980, da falência do modelo tradicional de assistência psiquiátrica do Brasil, caracterizado pela atenção asilar realizada em grandes hospitais psiquiátricos. O levantamento dessas investigações teria identificado que 9 a 32 % dos leitos de hospitais gerais eram ocupados por pacientes que consumiam bebidas alcoólicas (MACHADO, 2006).

Como resultado das mencionadas mobilizações, muitos serviços substitutivos foram criados, bem como novas práticas em saúde mental, leis e portarias ministeriais que forneceram o respaldo necessário para viabilizar essas novas práticas. No que competia ao uso de drogas, tivemos, somente no ano de 2002, a Portaria nº 816 do Gabinete do Ministro da Saúde que criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, que previa a articulação de uma rede assistencial para tratamento e o desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação de recursos humanos, prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2002).

A primeira política estabelecida especificamente para os usuários de drogas, no âmbito da saúde, se deu no ano de 2004, a Política Nacional para Atenção Integral a

Usuários de Álcool e outras Drogas, que assumiu a questão das drogas como problema de saúde pública e tomou para si as ações institucionais e da sociedade civil a respeito da questão (BRASIL, 2004). Quanto à oferta de atendimento, o documento estabeleceu uma consonância com a Política de Saúde Mental vigente, regulamentada e respaldada na Lei 10.216, de 06/04/2001 (BRASIL, 2004), baseada nos Centros de Atenção Psicossocial⁵ (CAPS), articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde, atuando sob a lógica do território e procurando considerar as necessidades e demandas específicas da clientela (BRASIL, 2004).

Juntamente a esse processo, instituiu-se também a estratégia de Redução de Danos, como orientação geral para os serviços/equipamentos que ofertam atendimento aos usuários de drogas e alternativa à lógica abstinente até então unicamente adotada. As ações de redução de danos devem, portanto, passar a utilizadas nos serviços públicos que atendem a população usuária de álcool e outras drogas, de forma articulada, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2004).

Dando continuidade ao processo político, em 2010, o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, objetivando estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua. Além disso, fortaleceu a articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a fim de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e à Assistência Social para usuários de crack e outras drogas, dentre outros aspectos.

Nos dias atuais, o crack é a droga-alvo prioritária das ações do Estado, quer seja pela área saúde ou pela via da segurança pública, apesar do seu recente consumo, surgido há cerca de vinte e cinco anos nos Estados Unidos e há 20 anos no Brasil e de uma inferioridade populacional que consome a droga, quando comparada a outras drogas ilícitas (MARQUES et al., 2011).

⁵ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como função prestar atendimento clínico às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em regime de atenção diária; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Os CAPS são dispositivos estratégicos para o atendimento de pacientes com “dependência” e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Nota-se aqui, a redução do fenômeno das drogas, numa especificidade da questão, focalizando a ação ofertada pelo Estado, ao invés de possibilitar ofertas mais universais e condizentes para os usuários de drogas. Tal ação exemplifica o quanto a concepção de universalidade vem sofrendo rearranjos restritivos no campo das políticas e programas sociais brasileiras, fortalecendo ideias que desfiguram a concepção de universalidade (PEREIRA; STEIN, 2010). Para se instituir, a focalização acaba sendo publicamente justificada como o respeito às individualidades e às suas diferenças, ocultando suas reais intenções, como a restrição do papel do Estado na proteção social, bem como o

[...] desvio do compromisso da política social para com a satisfação das necessidades sociais – devido ao caráter complexo e multideterminado dessas necessidades – e adoção de soluções técnicas e pontuais, tidas como inovadoras, aparentemente neutras e facilmente controláveis (PEREIRA; STEIN, 2010, p. 111).

Além disso, percebem-se os rebatimentos da criminalização das expressões da questão social que, com o auxílio da mídia, alimentada pela ideologia dominante, deu vistas ao uso do crack feito pelas populações em situação de pobreza e focalizou o combate a este tipo de consumo, como se ali estivesse representada a totalidade do fenômeno.

Tal determinação de prioridade das ações públicas faz-se de forma contraditória com a realidade, uma vez que, desde as primeiras determinações realizadas no âmbito da saúde para os usuários de drogas, o álcool já se expressava como a droga lícita mais presente no cotidiano dos brasileiros, e com maiores consequências à vida dos indivíduos. Apesar disso, as primeiras intervenções governamentais foram motivadas por outras drogas que se tornaram ilícitas ainda no início do século XX e eram pouco consumidas no Brasil (MUSUMESCI, 1994). Ou seja, as intervenções do poder público não acompanharam as necessidades surgidas na sociedade brasileira.

Por fim, mais recentemente, no ano de 2011, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro do Ministério da Saúde, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade foi a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre outras deliberações, esta Portaria institui, com relação aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sete modalidades de serviços, indicando os

equipamentos que estão contemplados dentro de cada uma. Com relação à modalidade “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, nos foi apresentado, no artigo nono do decreto, junto às Unidades de Acolhimentos, os Serviços de Atenção em Regime Residencial, as comunidades terapêuticas, definidas como serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Essas instituições, segundo o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (2011), tem evidenciado a adoção da fé religiosa como recurso terapêutico, fato que conduz, inevitavelmente, à violação do direito de escolha de outro credo ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa. Além disso, são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, e possuem notável heterogeneidade interna, fato que contribui para que seja criado um quadro difuso de compreensão do que sejam esses serviços (CFP, 2011).

Especificamente com relação às instituições de cunho religioso, ressaltamos que não se trata de algo novo, uma vez que a responsabilização da religião por problemáticas sociais se deu historicamente, antes que a sociedade brasileira tivesse conquistado pela via das políticas sociais os direitos sociais à saúde, assistência, educação, dentre outros (BEHRING, 2000). Estaríamos, então, diante de um contexto de enxugamento dos gastos destinados às políticas sociais, tratando de um processo de refilantropização da saúde, mais especificamente no que concerne ao tratamento de usuários de drogas?

III. “Novas tendências” das políticas sociais no campo das drogas: para onde estamos caminhando?

Ao realizar o levantamento histórico acerca das políticas e programas sociais brasileiros no campo das drogas, deflagrou-se o desenvolvimento tardio de ações em saúde em função do entendimento de que as drogas se circunscreviam numa questão pertinente apenas ao campo da justiça. A partir do desenvolvimento de estratégias no campo da saúde, percebemos traços de focalização em algumas ações, que favorecem a estigmatização dos seus usuários, e parcerias público-privadas, no que compete à internação temporária de usuários de drogas.

Sobre essas parcerias, temos que as comunidades terapêuticas tem, pouco a pouco, adentrado o campo formal de oferta de cuidado em saúde para usuários de drogas

no país, mas o que, de fato, isso poderia significar? Para responder esta pergunta, nos cabe retomar uma informação importante, o fato de que as comunidades terapêuticas brasileiras se inscrevem de forma bastante heterogênea no território nacional. Observam-se clínicas, centros de tratamento, comunidades religiosas e laicas, casas terapêuticas, comunidades terapêuticas acolhedoras – filantrópicas e privadas – e outras nomeações convergindo para uma identidade institucional de comunidade terapêutica (CPF, 2011).

Com relação ao cenário do estado do Espírito Santo, recente pesquisa que se propôs a realizar um diagnóstico das instituições públicas e privadas (com e sem fins lucrativos) atuantes nas políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de drogas, deparou-se com 252 instituições (94% do total de instituições) de cunho não governamental e 16 instituições (6% do total de instituições) de cunho governamental (LEAL, 2014). Esse dado revela um cenário emblemático sobre a estratégia (ou a falta dela) utilizada pelo Estado para dar continência a uma questão complexa como o uso de drogas.

Ainda segundo a mesma pesquisa, essas instituições não governamentais, quando questionadas sobre os objetivos institucionais, revelam 97 respostas que se relacionam ao aspecto religioso. As respostas enquadram-se nos seguintes dizeres: “Tratar a partir da base cristã e do caráter de Cristo”; “Resgatar a vida e levar o amor de Jesus Cristo (evangelização)”; “Vivência do Evangelho e em consequência acolher, apoiar e acompanhar a recuperação”; “Ministrar estudos bíblicos com os internos”; “Conhecer a Deus” (LEAL, 2014).

O estudo deixa evidente que tais ações estão em desacordo com o movimento da Reforma Psiquiátrica e as políticas e portarias geradas a partir dela, com orientações para o tratamento de usuários de drogas. A preconização do equipamento CAPSad como foco do tratamento numa perspectiva territorial e o uso da Estratégia da Redução de Danos parecem ser as prerrogativas mais violadas nestas atuais perspectivas.

Faz-se importante também ressaltar que, embora essas instituições ganhem terreno em função da escassez de políticas públicas, ou de sua pouca efetividade, sua presença no cenário brasileiro é anterior à formulação da política pública específica para o uso de drogas, em 2004. Muito anteriormente, no ano de 1990, foi criada a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FREBACT), encarregada de definir um código de ética, padronizar métodos de atendimento e promover o treinamento de pessoas (PERRONE, 2014).

Encontram-se cadastradas na FEBRACT, atualmente, 132 comunidades terapêuticas, mas sabe-se que a quantidade de instituições não filiadas excede, e muito, este número. Um exemplo disto é a pesquisa realizada por Machado (2012), segundo a qual somente no Estado da Bahia teriam sido registradas 80 comunidades terapêuticas atuantes, enquanto que no registro da FEBRACT constam apenas três. Isto se configura um problema, já que grande parte destas comunidades não consta nos registros de nenhuma instituição regulamentadora.

Apesar disso, a expansão das instituições continua, se somando à ausência de estratégias efetivas que deem conta do problema crescente das drogas, a inexistência de diretrizes e de fiscalização contínua das escassas iniciativas, assim como, uma concepção muito presente no senso comum a favor da internação (PERRONE, 2014).

Dessa forma, o não cumprimento do que prevê a política de saúde mental e a insuficiente quantidade de CAPS ad tornam as comunidades terapêuticas religiosas uma saída fácil para os gestores públicos, que abrem mão de sua responsabilidade pelo tratamento na orientação da redução de danos (RIBEIRO; MINAYO, 2015). O enfrentamento das expressões da questão social, mais especificamente o consumo de drogas na atualidade, encontra-se marcada pela execução de políticas públicas em parcerias com agências governamentais, com vultosos repasses de verbas estatais para ações assistenciais.

Diante dessa participação no fundo público, foi publicada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas a Portaria nº5, no dia 03 de Fevereiro de 2014, que estabelece as regras de prestação de contas para pagamento no âmbito dos editais de chamamento público para a contratação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

O direcionamento da atenção em saúde para estas instituições nos levam a identificar um processo de refilantropização como “exercício de cidadania”, que se configura para responsabilização de instituições de cunho filantrópico por demandas sociais concernentes à população do nosso país.

Segundo Leite (2011) esse processo vem ocorrendo em consonância com o projeto de reforma do Estado, que se esvazia de responsabilidades para com seus cidadãos e aposta num maior engajamento dos mesmos na provisão de diversos serviços, principalmente no que se refere ao combate à pobreza e outras expressões da questão social. Nessa lógica, “mais do que um gesto de caridade, amor ao próximo e compaixão,

o voluntariado passou a expressar uma atitude cidadã que traduz a capacidade que a sociedade [tem de] assumir responsabilidades e agir por si mesma.” (ALMEIDA, 2006, p. 114).

No que tange às comunidades terapêuticas, o que vemos é a responsabilização de instituições da sociedade civil, em parceria com o Estado ou não, na oferta de todo o tipo de tratamento para indivíduos usuários de drogas que são pobres, pois aqueles que possuem condições de pagar por um tratamento encontram-se em clínicas particulares e passam longe de receber o rótulo social de terem passado por uma comunidade terapêutica. Compreendemos que a filantropia não se trata de algo recente na história da oferta de serviços à sociedade, entretanto, agora há motivações diversas da filantropia tradicional, pois “mais do que movida por razões de ordem religiosa, ela resulta de uma noção de solidariedade ligada a um dever cívico” (LEITE, 2011, p. 300), como se o exercício de cidadania exigisse esse tipo de engajamento.

Vale ressaltar, contudo, que nem todas essas instituições são de cunho filantrópico, sendo muitas delas particulares e extremamente lucrativas. Esse processo, conduzido, sobretudo, por grupos evangélicos, torna-se difícil distinguir se estamos diante de um arranjo religioso, ou de um arranjo empresarial (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Outra análise importante, levando em consideração o caráter de muitas comunidades de aprisionar, muitas vezes de forma compulsória, indivíduos em uso de drogas, é a função penal que hoje cumprem determinadas instituições. Wacquant (2007) nos convoca a pensar na aproximação empírica e analítica existente entre política social e política penal. Apesar de esses dois domínios serem, comumente, compreendidos de forma separada, ele propõe que há uma interlocução evidente, pois, há um funcionamento conjunto na base da estrutura de classes. De um lado a ativação de programas disciplinares propostos via políticas sociais para os pobres, e do outro, o “[...] desenvolvimento de uma rede policial e penal ampliada, com uma malha reforçada” (WACQUANT, 2007, p. 43).

No levantamento que fizemos sobre as políticas e programas ofertados para a temática das drogas, o que vimos foi a preponderância inicial de propostas advindas do campo da justiça, com finalidade de penalizar usuários das mais diversas substâncias ilícitas. Apesar de ter havido uma mudança relevante no trato da questão das drogas com a criação de políticas e programas de saúde, o que observamos em suas “novas tendências”, ou seja, toda a intensidade colocada nas comunidades terapêuticas, é que,

primeiramente, não são tão novas assim em termos de existência, mas sim, em termos de suas conquistas formais, a ponto de serem incluídas, ainda que de forma nebulosa, na Rede de Atenção Psicossocial. Em segundo lugar, apontamos o que nos parece ser uma reprodução da penalização e do controle dos usuários de drogas, que se colocam de forma disfarçada por não fazerem parte diretamente do âmbito penal, mas atuarem em grande conformidade com esse sistema.

Assim, por um lado observamos em andamento um processo de refilantropização do “cuidado à saúde” e, por outro, temos a via do controle e da contenção de determinados usuários de drogas, muito bem definidos por classe social e cor em instituições de caráter de internação. Elas possuem caráter de instituição total, onde o controle e o monitoramento são constantes, assemelhando-se, em muitos aspectos, a uma instituição do sistema penal.

Essas vias de interlocução, expõe o proibicionismo imperando numa relação conveniente entre o Estado e a igreja, onde o primeiro conta com as comunidades terapêuticas para o controle dos corpos e a reclusão da população usuária de drogas, e as comunidades, por sua vez, recebem o apoio, legitimidade e encaminhamentos do Estado para as suas instituições num cenário que cresce e torna-se lucrativo, em meio à voracidade pelo financiamento público para sustentar uma abordagem invertida ao conceito ampliado de saúde e ao cuidado integrado no território.

Dessa maneira, o que vemos aqui e no decorrer da história das ações implementadas pela saúde no que compete ao usuário de drogas, são respostas absolutamente desagregadas da análise do fenômeno enquanto uma expressão da questão social. As determinações que encontramos vão ao encontro dos mecanismos reguladores do mercado, das organizações privadas que partilham com o Estado programas focalizados e descentralizados de combate ao uso de drogas, à pobreza e à exclusão social. São respostas dadas no nível da aparência, na compreensão de que estamos tratando de um fenômeno novo e que nada possui em comum com a questão social.

Focalizando o debate na saúde, é preciso considerar que há uma carência de serviços de atendimento baseados no respeito à subjetividade e nos direitos humanos do usuário, se revela como um dos fatores que têm levado a sociedade a retroceder, legitimando o descumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica e defendendo a criação de hospitais psiquiátricos como a única forma de enfrentar o problema (MACHADO, 2006).

Tal estreitamento tem contribuído para o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), pois não se trata somente de implantar determinados programas/ações considerados estratégicos, mas, sim, da privatização do setor saúde numa relação direta com os usuários de drogas e seus familiares por meio da abertura deste rentável “mercado” para o capital transnacional (RIZZOTTO, 2000).

IV. Considerações finais

Este artigo objetivou realizar um levantamento sobre as políticas e programas sociais de saúde sobre as drogas. Além disso, objetivou também apresentar, a partir deste levantamento, as “novas tendências” das políticas e programas sociais voltados para os usuários de drogas na sociedade brasileira, procurando analisar se, de fato, essas tendências são novas e o que possuem de novo.

No levantamento histórico da formulação de políticas e programas, identificamos que a via penal inaugurou a responsabilização pela temática num cenário de repressão, controle e criminalização do uso de substâncias ilícitas. Posteriormente, o campo da saúde passou a dividir a responsabilidade com a justiça, estabelecendo políticas e programas visando o tratamento dos usuários. Tais estratégias, viabilizadas tardiamente, a partir da Reforma Psiquiátrica e da institucionalização do Sistema Único de Saúde, refletem dificuldades na proposição de políticas sociais universais e amplas, demonstrando o atravessamento da lógica neoliberal, de enxugamento dos gastos sociais via seletividade e focalização das mesmas.

Com relação às “novas tendências” das políticas sociais no que se refere às drogas, apontamos que, apesar da existência das comunidades terapêuticas não ser recente, atualmente essas instituições passaram a conquistar certa formalização, diante da inclusão na Rede de Atenção Psicossocial e do estabelecimento de estratégias de fiscalização do repasse financeiro pelo Estado. Cada vez mais, estas têm recebido investimentos privados ou públicos, como se fossem a melhor opção para a recuperação e a reabilitação de dependentes, particularmente, de usuários de crack.

Esse processo vem demarcando o esvaziamento do Estado das responsabilidades para com seus cidadãos, num movimento de refilantropização do acesso aos direitos sociais (LEITE, 2011), que retoma as velhas práticas de filantropia com novas roupagens. Ideologicamente, há um discurso de que tais provisões pela

sociedade civil representam um verdadeiro exercício de cidadania, quando, na verdade, refletem o assujeitamento de não cidadãos às práticas que não lhe conferem transformação concreta e real de suas condições de vida.

As comunidades terapêuticas, de certa forma, respondem às angústias imediatas de usuários e familiares que não encontram respostas nos equipamentos públicos, em especial, ao retirarem da comunidade e aplicarem um tratamento, muitas vezes compulsório, aos sujeitos.

No que compete ao caráter compulsório dessas instituições e dos métodos violadores de direitos utilizados em grande parte delas, fazemos menção a uma reaproximação com a política penal que anteriormente era a única via de “tratamento” para a questão. Ou seja, ao que parece, as “novas tendências” das políticas no campo das drogas não são tão novas assim em termos de existência, mas, sim, em termos de suas conquistas formais.

Por fim, defendemos que, como existem no cenário brasileiro em plena expansão, cabe ao Estado monitorar, fiscalizar e avaliar estas entidades. Mais do que isso, porém, urge investir no fortalecimento e na expansão dos serviços territoriais de saúde mental, em especial os CAPSad, conforme já preconizado. Ao invés de abraçar um projeto terapêutico genérico, baseado em princípios religiosos-morais, terceirizando a atenção aos usuários de drogas, compete ao Estado fortalecer propostas de tratamento que tenham como princípio o respeito aos sujeitos, ao seu direito de escolha e à sua inclusão no processo de restabelecimento da saúde (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Referências

ALMEIDA, C. O marco discursivo da “participação solidária” e a nova agenda de formulação e implementação de ações sociais no Brasil. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006. p. 95-136.

BEHRING, E. R. As Reformas na Política de Assistência Social: da benemerência ao direito social, da solidariedade às parcerias entre o público e o privado. **Universidade e Sociedade**, Brasília (DF), v. 1, n. 22, p. 16-22, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, **Senado**, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº816, de 30 de abril de 2002**. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 20 de maio, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 23 de dezembro, 2011.

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

FIGLIARELLI, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates Institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. P. (Orgs.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005. p. 257-290.

FIGLIARELLI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. In: SHECAIRA, S. S. (Org.). **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 137-156.

LEAL, F. X. Políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Espírito Santo. **Relatório Final** proveniente da pesquisa “Políticas de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas no ES”. Vitória: FAPES n. 12/2011, 2014.

LEITE, I. C. Cidadanias desiguais e reprodução das desigualdades na contemporaneidade capitalista. **Textos & Contextos**, Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, v. 10, n. 2, p. 288-301, ago./dez. 2011.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACRAE, E. A subcultura da droga e a prevenção. **Texto Apresentado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)** – Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2003.

MARQUES, A. C. P. R. et al. **Abuso e dependência**: crack: projeto diretrizes. Brasília (DF): Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2011.

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org). **Drogas e cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**, Brasília (DF): ABEPSS, ano 2, n. 4, p. 41-49, 2001.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira 1985-1989. **Revista de Ciências Sociais**, v. 39, n. 3, p. 423-477, 1996.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas e questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, A. P.; STEIN, R. H. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 107-130.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

RIBEIRO, F. M. L; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SOUZA, D. O. A questão do “consumo de drogas”: contribuições para o debate. **Serv. Soc. e Saúde**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 269-286, 2012.

WACQUANT, L. Insegurança social e surgimento da política de segurança. In: _____. **Punir os pobres**: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos [A onda punitiva]. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Revan, 2007. Capítulo 1, p. 25-81.