



8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Eixo: Questão social, violência e segurança pública: desafios e perspectivas.

Retrocessos no cuidado dos usuários de psicoativos: conservadorismo e agudização da punição

Leandro Sobral de Lima¹
Cynthia Studart Albuquerque²

Resumo: A presente comunicação oral realiza uma breve apresentação das formas de tratamento destinadas as pessoas com algum transtorno mental e para os usuários de drogas ao longo do século XIX até os dias atuais no Brasil. Perpassando pelas primeiras experiências de internações, pelo processo revolucionário de Reforma Psiquiátrica e pelo avanço contrário as conquistas constitucionais operado sob o ideário neoliberal. O trabalho é então finalizado com a problematização dos desafios atuais vivenciados pela política de saúde mental, ainda em construção e para os usuários de drogas.

Palavras-chave:

Abstract: This oral communication presents a brief presentation of the forms of treatment aimed at people with some mental disorder and for drug users throughout the 19th century to the present day in Brazil. Going through the first experiences of hospitalizations, the revolutionary process of Psychiatric Reform and the opposite advance to the constitutional conquests operated under the neoliberal ideology. The work is then concluded with the problematization of the current challenges experienced by the mental health policy, still under construction and for drug users.

Keywords:

INTRODUÇÃO

Está presente na sociedade brasileira posturas diferenciadas no debate em relação às políticas públicas sobre drogas, na maioria das vezes, alicerçadas no senso comum ou em posições de cunho moral e legalista. Mesmo com o avanço na política de saúde proporcionado pelas reformas sanitária e psiquiátrica, através das quais se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contradições ainda estão presentes nesta política, ou seja, entre perspectivas direcionadas ao cuidado e à garantia dos direitos de um lado, e do disciplinamento e controle dos comportamentos de outro.

¹ Assistente social graduado no Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE); Especialista em Residência Integrada em Saúde, ênfase de saúde mental na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e Mestrando no Mestrado Acadêmico em Trabalho, Questão Social e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (MASS/UECE).

² Assistente social graduada na Universidade Estadual do Ceará, mestre em Sociologia na Universidade Federal do Ceará (UFC) e Doutora em Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do quadro efetivo do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) e colaboradora no Mestrado Acadêmico em Trabalho, Questão Social e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (MASS/UECE).

As visões hegemônicas na sociedade, de imobilismo e resignação diante da possibilidade de mudar a relação que algumas pessoas desenvolvem com as drogas, muitas vezes, repercutem ainda na política de saúde uma compreensão fatalista de que as pessoas, “caso entrem em contato com as drogas irão, necessariamente, usar, abusar e tornar-se dependentes”, desencadeando, portanto, ações de punição e controle aos chamados “desviantes” (CARLINI, 2003), são resquícios das formas históricas em que a loucura e o consumo de substâncias foram tratadas pelo Estado e a sociedade.

Nesse sentido, as visões conservadoras e punitivistas em relação ao cuidado em saúde mental das pessoas que consomem psicoativos, aguçadas pela conjuntura de grave reacionarismo e moralismo, e dos interesses da indústria medico-farmacêutica e de instituições religiosas, redirecionaram as políticas de cuidado para usuários de drogas. Assim, refletir sobre as práticas de punição e manicomialização presentes contemporaneamente é algo necessário e persistente, quando muitas vezes temos que defender o óbvio.

Sofrimento Mental e Consumo de Psicoativos: permanente táticas de punição e controle dos “desajustados”.

O estigma, a punição, a segregação e o controle dos homens e mulheres marcam, historicamente, os processos de intervenção estatal aos que não se alinhavam a ideia de produção e ordem presente na emergente sociedade burguesa. O aprisionamento dos alienados foi, durante muito tempo, a única estratégia adotada pela sociedade e pelo o Estado para “enfrentamento” a este fenômeno.

O marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil foi a fundação do Hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. O hospício só passa a ser um local subordinado à administração pública, com a chegada da república, em 1890, quando é desvinculado da Santa Casa, passando a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados (AMARANTE 1994).

Esses “depósitos humanos” foram por muito tempo um espaço físico marcado por formas desumanas de tratamento e de total desrespeito aos Direitos Humanos dos usuários³. Vale ressaltar que o isolamento como forma de tratamento destinado aos

³ Com base em Amarante (1994), os anos 30 é marcado pela descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, pela psiquiatria.

“loucos” de rua também é caracterizando por um corte de classe e de cor numa clara tentativa de higienização dos grandes centros urbanos (FONTE, 2012).

No transcorrer das décadas de 1930, 1940 e 1950 a psiquiatrização torna-se mais forte e a lógica do asilamento mais frequente (AMARANTE, 1994). É também nesse mesmo período que o Brasil passa por diversas transformações políticas, econômicas e culturais, decorrentes do processo de industrialização e de um desenvolvimento capitalista dependente, patrocinado pelos investimentos internacionais, mais precisamente pelos Estados Unidos da América.

O período histórico entre os anos de 1930 e 1980, segundo o qual se particulariza por um período de grande desenvolvimento econômico e contraditoriamente, enorme empobrecimento da classe trabalhadora, é o momento em que o país passa a intervir na “questão das drogas”, em sintonia com os tratados internacionais, de forma mais direta e arbitrária. A Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, de acordo com Fiore (2011), permitiu a globalização do viés proibicionista na forma atual e ainda, a punição de quem produzisse, vendesse ou consumisse substâncias psicoativas.

Bergeron (2012) nos subsidia numa análise diferenciada sobre o uso de drogas e o próprio desenvolvimento capitalista. Assim como, sob a hegemonia do capital se desenvolve o uso abusivo e/ou problemático de drogas, também se “mundializa” a sua oferta, ambos interferindo na vida dos homens e mulheres. O autor afirma ainda que o abuso de drogas estaria mais ligado a uma busca por pertencimento ao meio ou uma “fuga” da condição de pobreza, do que a uma simples “vadiagem”, ideia comumente reproduzida no senso comum.

Embora o uso de drogas ainda não fosse considerado crime havia uma intervenção pública que se dava sob dois vieses distintos, ora sob o “cuidado” no âmbito da saúde pública; ora sob o tratamento arbitrário da segurança pública. Nesse sentido, estava presente um olhar duplo criminalizador, quando não punia os usuários na forma da lei, punia-os nos espaços de tratamento, fugindo “a ação policial, a ação médica a substituíria no encarceramento nos sanatórios e no lugar de porretes, agulhas; no de algemas, camisas de força” (LIMA, 2011).

A própria psiquiatria torna-se um instrumento de punição e disciplinamento para os sujeitos que não se adequavam a lógica capitalista em curso no país. É nesse sentido que o poder psiquiátrico aumentou, permitindo a abertura de diversos espaços de

aprisionamento destinados para as pessoas discordantes, consolidando o estigma e a lógica da exclusão, que marcam e particularizam a história da psiquiatria brasileira.

Além da loucura, que passa a ser um meio de obtenção de lucro para os capitalistas, o comércio ilegal de substâncias psicoativas vira fonte de lucratividade. Conforme Carneiro (2002), “o papel histórico das drogas no comércio mundial adquire importância crescente no século XX” bem como a lógica da proibição da produção e do consumo, além da criminalização do uso dessas substâncias, materializadas na “guerra às drogas”, iniciada por Nixon na década de 70.

Seguindo esse horizonte, podemos perceber que o isolamento dos sujeitos em depósitos humanos não foi apenas destinado a pacientes que demonstrassem algum tipo de transtorno mental, como já foi pontuado, mas também pobres que viviam em situação de rua e alcoolistas. Outro elemento que desencadeou o aumento dos leitos hospitalares destinados aos pacientes alienados ou com vícios, além da incapacidade da saúde pública, foi o preconceito e desconhecimento das pessoas em relação ao uso de drogas.

Além do preconceito incidindo nas formas de tratamento destinado às pessoas com alguma enfermidade mental, percebe-se ainda, que a criação da loucura e do vício tem ligação direta com o desenvolvimento capitalista, bem como, serviram e, ainda servem, como instrumento de punição, controle e segregação dos sujeitos que não se adaptam à lógica do Estado moderno ou que de alguma forma se desviam dos padrões moralmente estabelecidos.

No entanto, a partir da segunda metade do século passado surgem questionamentos sobre essas formas de “cuidado” centradas no controle, maus tratos e punição dos chamados “desajustados”. Emergem na sociedade brasileira, a partir da denúncia e da organização dos movimentos sociais, dos usuários/as e dos/trabalhadores no âmbito da saúde mental, os Movimentos da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, processo que repercutirá em novas formas de cuidado, agora balizadas pelo reconhecimento dos usuários da saúde mental como sujeitos de direitos. Do mesmo modo, algumas experiências em países da Europa provocam “fissuras” na ideologia proibicionista, produzindo novas formas de cuidado, além de mudanças nas legislações brasileiras sobre drogas.

Reforma Psiquiátrica: luta por direitos e desafios para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

A premissa proibicionista é disseminada por praticamente todo o mundo no século XX, paralelo ao crescimento do consumo substâncias psicoativas. Mesmo não existindo uma ligação “direta” entre proibição e a diminuição do consumo de drogas, é inquestionável que a ideologia proibicionista não apenas falhou nessa perspectiva, mas no seu “foco” central que é o extermínio das substâncias chamadas/transformadas em “drogas”.

Além de propiciar a criminalização e o extermínio de determinados segmentos da sociedade, a proibição também possibilita o aumento do tráfico das substâncias psicoativas. Um exemplo “vivo” foi a Lei seca nos EUA, que perdurou por 13 anos, tendo como resultados mais significativos o aumento da violência, a estabilização do tráfico organizado e a intoxicação dos usuários por conta da produção e do comércio ilegais de bebidas não controladas pelo Estado (RODRIGUES, 2017).

Assim como a proibição do álcool acarretou em maiores danos para a sociedade, a proibição de algumas drogas continua financiando a “guerra às drogas”, e tem se apresentado como um dispositivo de criminalização da população pobre e negra da periferia. O tráfico de drogas é hoje um dos mercados mais rentáveis, junto ao tráfico de armas⁴.

No que se refere a saúde, o próprio documento *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2003), reconhece que houve um erro no que se refere a propostas de saúde no campo das substâncias psicoativas, pois propiciou uma prática de intervenção com características de isolamento na busca pela abstinência.

A tradicional ideia de divisão entre drogas lícitas e ilícitas, geradas pelo proibicionismo, acarretou numa preocupação exacerbada por parte do Estado, no controle da oferta e demanda de drogas proibidas, secundarizando o tratamento e intervenção na área da saúde mental destinada a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas ilícitas, além da não preocupação com as drogas legalizadas.

Sobre a intervenção por parte da saúde pública, Delgado (1994) afirma que:

⁴ O informe da ONU sobre drogas estimava, em 1997, que o tráfico de drogas ilícitas de cerca de 400 bilhões de dólares equivalia a 8% do comércio mundial (Le Monde, 27/6/97).

Por serem ilícitas, a prevenção e o tratamento do consumo prejudicial de maconha e cocaína, por exemplo, ficavam sobrepostos pela repressão do consumo e pela pedagogia da abstinência, exercidas por uma coordenação de esforços de diversos setores do governo, centralizada na repressão ao tráfico ilícito e ao consumo, na lavagem de dinheiro, na proteção de fronteiras, no combate ao comércio clandestino, em campanhas educativas que erigiam as drogas em mal absoluto a ser extirpado do ambiente cultural etc (p. 165).

Essa penalização do uso por parte do Estado permitiu que jovens consumidores fossem enviados para prisões ou hospitais de custódia. Em decorrência da (des)assistência da política de saúde, o tratamento para os usuários de drogas historicamente foi ofertado por instituições de caráter filantrópico e/ou religioso, incapazes de garantir um tratamento público e de qualidade fundado nos preceitos da cidadania e dos direitos humanos.

Como já discutido, as formas de enfrentamento por parte do Estado e da sociedade, respectivamente, no que se refere ao isolamento e a exclusão dos sujeitos com transtorno mental e/ou usuários de substâncias psicoativas, além de desumanos, são funcionais e base de sustentação do preconceito e estigma que permeia a vida dos sujeitos usuários da saúde mental até hoje.

Iniciativas de crítica ao modelo de tratamento destinado aos usuários de drogas datam do final da década de 70 do século passado. O Movimento pela Reforma Psiquiátrica a partir da organização de trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental e familiares que buscavam outras formas de tratamento diferentes do modelo hospitalocêntrico vigente.

Com as diversas acusações de maus tratos dos usuários nos hospitais psiquiátricos, mas também sob influência de Franco Basaglia⁵, o movimento de luta antmanicomial⁶ se fortaleceu. Em 1979, acontece o primeiro Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental, nesse mesmo ano, ocorreu à visita de Franco Basaglia ao Brasil, bem como o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que permitiu uma visita ao Hospital-Colônia de Barbacena⁷ (DELGADO, 2014).

⁵Franco Basaglia médico e psiquiatra, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Para mais informações: http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html

⁶ Movimento Social bastante heterogêneo e de grande importância na crítica ao modelo de tratamento vigente.

⁷ Criado pelo governo estadual, em 1903, para oferecer “assistência aos alienados de Minas”, até então atendidos nos porões da Santa Casa, o Hospital Colônia tinha, inicialmente, capacidade para 200 leitos, mas atingiu a marca de cinco mil pacientes em 1961, tornando-se endereço de um massacre. Para lá eram enviados desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive, doentes mentais. Leia a matéria completa em: [Holocausto brasileiro: 50 anos sem punição \(Hospital Colonia\) Barbacena-MG - Geledés](#).

Os movimentos sociais propulsores da reforma em questão, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o Movimento de Luta Antimanicomial e o Movimento de Reforma Psiquiátrica, dentre outros, tinham como pauta um modelo de tratamento diferente do asilar, nesse sentido, politizaram e materializaram a luta contra as formas desumanas de tratamento. Com base em Delgado (2014), “o desrespeito aos direitos humanos dos pacientes, foi, desde o início, o tema dominante das denúncias do MTSM” (p. 13).

Esses movimentos foram de extrema importância para o fim do processo de institucionalização que permeava o tratamento aos pacientes conhecidos como alienados, pessoas que eram diagnósticas com algum tipo de comportamento desconexo do comportamento dito como “normal”, e/ou usuários de substâncias psicoativas.

Após a grande efervescência dos movimentos sociais no contexto da redemocratização do país, surge pós-constituição de 1988 uma nova modalidade de tratamento destinada para pacientes com algum tipo de transtorno mental. A organização dos grupos de saúde mental, acadêmicos, militantes sociais, organizações comunitárias e afins, acarretou no surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS que objetivavam uma nova forma de tratamento, territorial e comunitária, diferente daquela realizada nos hospitais psiquiátricos.

Outras conquistas importantes dos Movimentos de Saúde Mental no Brasil foi o surgimento da atenção ambulatorial, a iniciativa de reformulação legislativa (Lei nº. 10.216/01, "Lei Paulo Delgado"), a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, conhecida como “casa dos horrores” (Santos, SP), a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas (Ex. CAPS Professor Luiz Cerqueira em São Paulo em 1987 e Programa de Saúde Mental de Santos), (LIMA, 2010).

É importante destacar que o processo de reforma psiquiátrica também só foi possível pela própria influência do Movimento de Reforma Sanitária⁸ que reivindicava uma política de saúde pública e universal para todos. A vitória da Reforma Sanitária e da pressão da classe trabalhadora possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), algo de fundamental importância para o avanço das pautas da luta antimanicomial. Além da significativa mudança no paradigma de saúde e adoecimento,

⁸Movimento social que lutava por uma saúde em seu sentido integral, além de ser um direito social garantido pelo Estado. Para mais informações acessar: <http://www.luciafreitas.com.br/blog/?p=372>

a aprovação do SUS pôde legitimar a atenção integral a todas as pessoas, dentre elas os usuários de drogas, através dos seus princípios fundadores⁹

Diferentemente dos hospitais psiquiátricos, os CAPS's surgem como um dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica que visam uma maior autonomia dos sujeitos na busca por um modelo de cuidado contrário a institucionalização dos usuários e a histórica lógica de aprisionamento e segregação social dos pacientes com transtornos mentais, dentre estes, os usuários de drogas.

A partir do surgimento dos CAPS's e da aprovação da Lei 10.216/2001, o Estado passa a intervir na “questão das drogas” não apenas de forma arbitrária através da política de segurança pública, mas também inicia um olhar diferenciado com enfoque no cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas por meio da política de saúde. Contudo, ainda permanece em vigor serviços destinados às pessoas com algum nível de “dependência química” que nem sempre são adequados para tratar esse tipo de problemática, como por exemplo as Comunidades Terapêuticas¹⁰

Hoje vivenciamos um retorno à institucionalização dos usuários de drogas quando visualizamos como primeira estratégia, por parte de estados e municípios, práticas de internação involuntária ou compulsória de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas, ou ainda, quando o tratamento ofertado para esses sujeitos se realiza de forma desqualificada tendo em vista o pouco investimento nas políticas de saúde e de saúde mental, a fragilidade da intersetorialidade entre as políticas públicas e um processo intenso de precarização, focalização e fragmentação nas políticas sociais, a partir da inserção do país na agenda neoliberal.

No contexto atual, marcado pela crise e mundialização do capital onde a financeirização e as políticas neoliberais tem se apresentado como alternativa para redefinição da taxa de lucratividade do capital, o Estado Penal em substituição do Estado Social tem funcionado como instrumento de “administração da pobreza” (WACQUANT, 2008), na era do desemprego em massa e do trabalho precário.

Está em curso uma política de encarceramento em massa e de criminalização da pobreza, através de políticas punitivas que não surtiram efeito na limitação do comportamento dito criminoso e violento. Dessa forma, embora a matriz proibicionista

⁹ O SUS fundamenta-se em três princípios básicos: a “universalidade”; a “integralidade”; e a “equidade”.

¹⁰ Nos últimos anos houve uma grande expansão desses equipamentos em decorrência da regulamentação do financiamento público através da SENAD, fato que também tem significado um não investimento da rede pública substitutiva de saúde mental. As comunidades terapêuticas são muitas vezes ligadas a grupos religiosos e exigem a abstinência total durante o isolamento, o que é criticado por especialistas (FIORE, 2011).

que direciona hegemonicamente a atual política de drogas no país apresente fissuras e contradições como a organização de movimentos sociais que começam a pautar a legalização das drogas, a exemplo da Marcha da Maconha, ou ainda, a existência de um duplo direcionamento nas políticas de saúde como o ideal da abstinência e a estratégia de redução de danos, a dimensão punitiva e disciplinadora dos usuários de drogas permanece presente nas políticas sociais, inclusive no âmbito da saúde mental, adensadas pela incapacidade do Estado de dar respostas às demandas da sociedade.

Agenda Neoliberal: precarização das políticas de saúde e criminalização da pobreza.

Mesmo com os direitos sociais garantidos constitucionalmente na década de 1980, por meio da Constituição de 1988, podemos afirmar que o Brasil não vivenciou um Estado de Bem Estar Social, sobretudo nos últimos anos. Na verdade, a recente Constituição Cidadã foi solapada pela ofensiva neoliberal que começa a incidir de forma direta no início da década de 1990.

Esse período é marcado por uma perda dos direitos sociais, bem como, pela fragmentação, focalização, precarização e desmonte das políticas sociais que perduram até os dias atuais. Mesmo com os avanços obtidos pelas reformas sanitária e psiquiátrica e com a garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado, os usuários do SUS, mais precisamente, os usuários da saúde mental, não vivenciaram de forma significativa a expansão dos serviços substitutivos pós Constituição.

Conforme afirma Mota:

Embora a arquitetura da seguridade social brasileira pos-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais. (2009, p.03)

Nos anos 90 o Brasil é inserido na nova ordem mundial de mundialização/globalização financeirizada da economia capitalista tanto durante os governos de Collor e Fernando Henrique, como nos governos do Partido dos Trabalhadores¹¹, estes últimos com características expressas pelo projeto de

¹¹ Sem mencionar o período de governo de Michel Temer do atual Ultraliberal Bolsonaro.

desenvolvimento adotado nomeado “neodesenvolvimentismo”¹², o Estado brasileiro tem passado por processos de reconfiguração cujo objetivo é garantir a retomada das taxas de lucratividade do capital por meio da contrarreforma¹³ do Estado (BEHRING, 2003) e da reestruturação produtiva¹⁴.

A ofensiva burguesa neoliberal que inicia na década de 1990, permanece até os dias atuais, sobretudo aqui no Brasil, tendo em vista a nossa frágil democracia e embrionária cidadania já que de fato nunca vivenciamos uma situação de pleno emprego, muito menos, de bem estar como nos países capitalistas centrais. Mesmo com a aprovação da chamada “Constituição Cidadã”, a conjuntura mundial não foi favorável para a efetivação dos direitos recentemente conquistados.

No entanto, a contrarreforma do Estado brasileiro se particulariza pelas escolhas políticas dos governos, em sua relação com as classes sociais, em cada contexto, permitindo o resgate das ideias neoliberais assumidas pela política econômica no país por meio do tripé: controle inflacionário através de juros altos, superávit primário e câmbio flutuante, impactando diretamente em um recrudescimento da questão social, mais precisamente, nas condições de vida e trabalho das classes pauperizadas.

Essas transformações societárias se expressam na perda da soberania dos Estados Nação, que agora tem que atender os desmandos das grandes instituições financeiras (Banco Mundial-BIRD e Fundo Monetário Internacional- FMI), com o corte dos gastos públicos, sobretudo, nas políticas sociais. O corte nos gastos é ideologicamente tratado como instrumento de “equilíbrio dos gastos públicos”, como forma de melhoria econômica, entretanto, essa mudança de investimento estatal atinge especialmente a esfera dos direitos, conquistados pela classe trabalhadora e das políticas sociais. (Idem).

É exatamente em decorrência desse processo que se torna possível a mercantilização das políticas sociais fundamentais¹⁵, privatizando direitos sociais que

¹²Segundo Boito Jr, neodesenvolvimentismo foi a base ampla e heterogênea de sustentação da política de crescimento econômico e de transferência de renda encetadas pelos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff. Trecho retirado de um Trabalho apresentado na edição de 2012 do Fórum Econômico da FGV / São Paulo. Disponível em: <http://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/file/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf>

¹³Contrarreforma é o termo utilizado por Elaine Behring que, minimamente, significa as reformas feitas pelo o Estado na década de 90, mais precisamente no governo FHC, signatário de ideários neoliberais.

¹⁴ Reestruturação produtiva pode ser caracterizado pela busca de retorna as taxas de lucratividade do capital em um determinado período histórico, via desregulamentação dos direitos do trabalho e dos direito sócio-políticos conquistados.

¹⁵Refiro-me as políticas estruturantes como: educação, saúde, previdência, habitação, segurança e outras.

agora passam a ser comercializados para os trabalhadores que podem pagar, e para aqueles que não podem, resta-lhes a assistência social, uma política que apesar dos avanços normativos tem se configurado como uma política pobre para os pobres. Este é o momento que Netto (1993) chama de “Estado mínimo para o social e máximo para o capital”.

Todas essas mudanças tem aumentado de forma significativa às expressões da questão social, mais precisamente, a violência, a banalização da vida e o consumo/comércio de drogas lícitas e ilícitas. Ao passo que conquistamos direitos sociais e possibilitamos o início da reforma psiquiátrica, o contexto de crise do capital e de reorientação das políticas estatais vem significando um grande retrocesso para as conquistas da classe trabalhadora

Vale pontuar que os investimentos nos serviços especializados de saúde mental são historicamente tímidos, por exemplo, no ano de 2004, depois de mais dez anos do início da implementação dos serviços substitutivos e do fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, o total de dispositivos no país era ainda de 575 ao todo. Dentre esses dispositivos estão todas as modalidades.

É apenas a partir de 2003, sob governo do então presidente Lula, que se percebe o início de um maior investimento nos serviços substitutivos em contraposição aos investimentos em hospitais psiquiátricos. Segundo Lima (2010), em “1997 eram gastos mais de 97,14% dos recursos em hospitais psiquiátricos e apenas 6,86% em serviços substitutivos”, somente no ano de 2006 que aparece uma inversão nos investimentos conforme preconiza a própria Lei 10.216/2001, isto é, pela primeira vez os gastos com os serviços extra-hospitalares ultrapassam os gastos com os hospitais psiquiátricos, ou seja, 51,33% e 48,67 % respectivamente.

Esse investimento é de fundamental importância para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, já que entre os anos de 2003 e 2006, período de mudança nos investimentos, o número de CAPS no país saltou de 500 para 1011 serviços. Nesse mesmo período houve a diminuição de cerca 22% dos leitos hospitalares de psiquiatria. De forma mais concreta no decorrer de 2003 a 2006 foram criados mais de 500 CAPS’s e o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 48mil para 39mil (BRASIL, 2007).

Portanto, vivenciamos no passado recente, um momento de ampliação da RAPS, já são mais de 2.129 CAPS em todo o país, somados ainda a 129 consultórios de rua e 695 Residências Terapêuticas. No entanto a luta ainda é diária para que os CAPS

funcionem 24 horas por dia, além da necessidade de investimento em infraestrutura e na contratação de recursos humanos para o devido funcionamento dos serviços¹⁶.

Em relação a política de drogas, a partir dos anos 90, também é marcada por processos de reorientação. Na intenção da diminuição da epidemia HIV/Aids entre os usuários de drogas, principalmente de drogas injetáveis, o país passa a adotar a estratégia de Redução de Danos (RD) como uma perspectiva de tratamento.

As estratégias de RD iniciam na cidade de Santos/SP em 1989, atrelado as estratégias de busca pela diminuição de contaminação do HIV/Aids, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis (UDIs). Contudo é apenas em Salvador, em 1995, que a estratégia de RD passa a disponibilizar insumos sob financiamento do Governo Federal. No ano de 1998 foram criadas várias associações após a 9ª Conferência Internacional de Redução de Danos em São Paulo, dentre as principais organizações destacam-se a “ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos, a RELARD – Rede Latino Americana de RD e a REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos” (LIMA, 2011, p.143).

A RD possibilitou um olhar diferenciado referente a problemática do uso/abuso de substâncias psicoativas, na qual “ao invés de reforçar as políticas que trabalham com a identidade do “criminoso”, “viciado” e/ou “doente mental””, passa a disseminar uma ideia de uma política com características não-estigmatizantes, reforçando a importância da identidade, liberdade e a autonomia dos usuários de drogas, além do respeito as liberdades individuais e aos direitos humanos e de cidadania.

O próprio documento *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2003) reconhece a necessidade da formulação, execução e avaliação de uma política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que rompa com a histórica premissa de abstinência total como objetivo fim.

Assim, o documento deixa claro que a abstinência não deve ser o único objetivo da política e reconhece a estratégia de Redução de Danos e Riscos como um caminho promissor. Mas também reafirma a necessidade de controle na redução da oferta e da demanda contando com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Ou seja, ao passo

¹⁶ Informações coletas na revista RADIS nº 146, publicada em novembro de 2014.

que se evolui no foco do tratamento aos usuários sob uma nova perspectiva, também se mantém a “matriz proibicionista” de “guerra ao tráfico”¹⁷.

A lógica da proibição e da criminalização do consumo de drogas e, conseqüentemente, de seus usuários, não tem repercutido na diminuição do uso e da procura, o que revela uma real necessidade de apreensão crítica da problemática, bem como, a importância de um debate acerca de uma possível legalização dessas mercadorias. Inclusive, tal questão assumiu centralidade no debate no país, já que está em andamento no Supremo Tribunal Federal (STF) a decisão sobre a descriminalização do porte de drogas para o consumo pessoal¹⁸.

Além do controle e da repressão dos corpos dos sujeitos usuários via internações compulsórias, que na verdade se apresentam como forma de higienização dos centros urbanos, o braço penal do Estado tem sido usado de forma constante e contínua tendo o encarceramento a principal estratégia, sobretudo atualmente sob os desmandos do então presidente Jair Messias Bolsonaro.

Como prova de uma posição altamente conservadora, em apenas alguns meses de gestão o governo tem se mostrado bastante reacionário quando o assunto são drogas ou política de saúde mental. Um fato é a sanção da Lei 13.840 de junho 2019 que: aumenta a pena para tráfico de drogas (possibilitando o aumento da população carcerária); inclui as comunidades terapêuticas ao sistema nacional de drogas e incentiva os investimentos para essas instituições em detrimento dos investimentos nos CAPS; aumenta a possibilidade de internação involuntária de usuários, deixando a cabo do poder médico a decisão de possível suspensão; e ainda, toma a abstinência como foco terapêutico único para usuários de drogas, virando as costas para a política de redução de danos, mundialmente reconhecida como eficaz e que está inclusa em legislações anteriores¹⁹.

Nesse horizonte analítico vale ressaltar que O *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, lançado em 2001

¹⁷ Não estamos aqui defendendo o tráfico de drogas e suas diversas expressões, mas sim questionando a eficácia de uma ação proibicionista que é mundialmente reconhecida como falha, além de compreender que o aumento das ações punitivas e criminalizantes de usuários de químicos não tem diminuído os problemas gerados pela proibição, tampouco o consumo.

¹⁸ Essa pauta já teve início na suprema corte, mas hoje o julgamento está suspenso. No colegiado do STF três ministros já deram seus votos, todos a favor da descriminalização do porte de drogas, sendo eles o próprio relator Ministro Gilmar Mendes, e os Ministros Roberto Barroso e Edson Fachin.

¹⁹ Como a portaria 1.028 de 2005.

obteve como conclusões os piores resultados possíveis, além da grave desassistência em saúde, o documento ainda apontou inúmeras violações de direitos como:

Interceptação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade (p.190).

Além disso, os investimentos em comunidades terapêuticas representam um grande retrocesso para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica ainda em curso, tendo em vista a evidente tendência manicomial destes equipamentos financiados com recursos públicos em detrimento do fortalecimento e ampliação das RAPS, que hoje situa-se na contramão dos avanços em momentos anteriores.

O que percebemos é uma conjuntura desfavorável para os usuários de substâncias psicoativas, principalmente, àqueles que necessitam da política de saúde mental. Ao mesmo tempo que avançamos em questões importantes como o reconhecimento da estratégia de redução de danos e riscos pelo Ministério da Saúde, os tratados internacionais os quais o Brasil é signatário continuam reproduzindo o combate arbitrário e militar à produção e ao consumo de drogas como a única alternativa possível. Em âmbito nacional, a bancada conservadora fundamentalista se fortalece barrando as possibilidades de descriminalização do uso ou até mesmo de regulamentação da produção, circulação e consumo dessas mercadorias como a exitosa experiência no Uruguai.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de exclusão social por meio de asilamentos e internações foi durante muito tempo uma marca de como a sociedade e o Estado agiu em relação aos sujeitos que possuíam algum transtorno mental, bem como, com aqueles que não se adaptavam a atual lógica de produção e ação para o trabalho que a sociedade moderna exigia. Para além disso, essa lógica asilar de tratamento também foi adotada para aqueles indivíduos que apresentavam algum tipo de uso comum e/ou abusivo de álcool e outras drogas, com o “devido” recorte de classe e cor que particulariza as relações sócias no Brasil.

Contudo o próprio desenvolvimento social propiciou que as formas adotadas pelo o Estado fossem questionadas e a intervenção política organizada de sujeitos pudesse balizar outras formas de tratamento, a partir dos anos de 1990.

Apesar dos avanços vivenciados no início dos anos 2000, hoje estamos em um processo de retorno à um passado sombrio que marcou as formas de tratamento referente à saúde mental e aos sujeitos que usam drogas.

O avanço e fortalecimento do conservadorismo no mundo e na realidade brasileira, reforçado e legitimado com o atual governo, têm apresentado uma realidade passada, com, por exemplo, a aprovação da nova Lei de Drogas. A necessidade de retorno aos incômodos gerados nas vanguardas dos Movimentos de Saúde Mental e Antiproibicionistas devem ser retomados e estrategicamente direcionados para as trincheiras da guerra atual na realidade do Brasil. Guerra essa política, ética, cultural e social.

REFERÊNCIAS

- _____. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
- AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas** pequena história da psiquiatria no 'Brasil. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- BEHRING, Elaine. R. **As novas Configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da Crise do Capital**. In: Serviço Social: Direito Social e Competências Profissionais, Conselho Federal de Serviço Social, 2009.
- BERGERON, H. **Sociologia da droga**. Tradução Tiago José Risi Leme. São Paulo: Ideias e Letras, 2012.
- DELGADO, Pedro Gabriel. **Drogas: o desafio da saúde pública**. In: drogas, Aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz 2005.
- FIGLIARO, Mauricio. **O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas**. In Revista Novos Estudos, CEBRAP, 2012.
- FONTE, Eliane, M,M de; **DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. In. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>
- LIMA, Aluísio Ferreira de. **Avanços e limites da reforma psiquiátrica no estado do Ceará: a herança histórica e o desafio da desinstitucionalização**. Universidade Federal do Ceará - Centro de Humanidades - Departamento de Psicologia/ Programa de Pós-graduação em Psicologia. Disponível em: <http://www.prppg.ufc.br/eu/2014/Resumos/wrappers/MostrarResumo.php?cpf=19267164856&cod=101>
- MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes**. IN: MOTA, et. al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- RODRIGUES, Thiago. **Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral**. In: Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo / Organizadores Regina Figueiredo; Marisa Feffermann, Rubens Adorno. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.
- WACQUANT, Loic. **As Duas Faces do Gueto**. Tradução de Paulo Cezar Castanheira, São Paulo, Boitempo, 2008.