

“MUSEU DE GRANDES NOVIDADES”: A NOVA-VELHA POLÍTICA ANTIDROGAS NO BRASIL

“Museum of big novelties”: The new-old Brazilian anti-drug policy

Pedro Henrique Antunes da Costa ¹

Artigo encaminhado: 16/03/2021

Artigo aceito para publicação: 11/02/2022

RESUMO: O presente artigo objetiva analisar as recentes mudanças no aparato legal-normativo e orientador das ações no campo de álcool e outras drogas no Brasil. Trata-se de pesquisa documental, com abordagem qualitativa, abordando o Decreto 9.761, que aprova a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), e a nova Lei de Drogas (LD - nº 13.840). Foi feita uma Análise de Conteúdo Temática, com os resultados organizados em três eixos que sintetizam as categorias analíticas extraídas durante o processo: (1) drogas como um “mal” e política *antidrogas*: combate e abstinência; (2) mercantilização, privatização e psiquiatrização da “saúde”: a centralidade das Comunidades Terapêuticas e o retorno dos hospitais psiquiátricos; (3) incoerências entre PNAD, LD e demais instrumentos orientadores ou normativos na área. Não se trata de uma “nova” política sobre drogas, pois resgata e reinstitucionaliza princípios e modos de compreensão e atuação históricos sobre o fenômeno das drogas e a relação sujeito-drogas até então contraditórios às políticas e pressupostos resultantes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras e, no campo de álcool e outras drogas, da Redução de Danos. Portanto, é uma “nova” política que já nasce velha; um museu de grandes novidades.

Palavras-chave: Drogas. Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Contrarreforma psiquiátrica. Políticas.

ABSTRACT: This article aims to analyze the recent changes in the legal-normative and guiding apparatus in the field of alcohol and other drugs in Brazil. It's a documentary research, with a qualitative approach, addressing Decree 9.761, that approves the new National Policy on Drugs (PNAD), and the new Drug Law (LD -

¹ Doutor em Psicologia pela UFJF, na linha Processos Psicossociais em Saúde. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). phantunes.costa@gmail.com

nº 13.840). A Thematic Content Analysis was made, with the results organized in three axes that synthesize the analytical categories extracted during the process: (1) drugs as "evils" and an Antidrug Policy: combat and abstinence; (2) commodification, privatization and psychiatrization of health: the centrality of Therapeutic Communities (CTs) and the return of psychiatric hospitals; (3) inconsistencies between PNAD, LD and other guiding or normative instruments. It's not a "new" policy on drugs, in the sense that rescues and reinstitutionalizes historical principles and modes of understanding and acting on the phenomenon of drugs and the relationship between people and drugs contradictory to the policies and assumptions from the Sanitary and Psychiatric Reforms, and, more specifically, the field of alcohol and other drugs, such as Harm Reduction. Therefore, it's a "new" policy already born old; a museum of great news.

Keywords: Drugs. Mental health. Psychiatric reform. Psychiatric counter-reform. Policies.

1 INTRODUÇÃO

Nos dias 11 de abril e 06 de junho de 2019, respectivamente, o presidente Jair Bolsonaro instituiu uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), por meio de decreto 9.761/2019 (BRASIL, 2019a), e sancionou uma nova lei sobre drogas (LD), nº 13.840/2019 (BRASIL, 2019b). Sob a justificativa de que há uma necessidade de se “atualizar a legislação da política pública sobre drogas, considerada a dinamicidade deste problema de ordem social, econômica e principalmente de saúde pública” (BRASIL, 2019a, s/p), reorganizou-se o aparato normativo, legal e, conseqüentemente, político sobre “drogas”, que deverá orientar e regulamentar as ações no campo.

Tais documentos, enquanto expressões do momento histórico, representam também embates do campo. Materializam uma série de mudanças que vinham sendo sinalizadas ou implementadas processualmente, referentes à compreensão e abordagem do Estado brasileiro nos mais variados campos (saúde, segurança etc.) sobre a temática *álcool e outras drogas*, reinstitucionalizando e/ou acentuando *modus operandi* tradicionais no campo, de cunho repressivo, segregador e manicomial (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019; LIMA, 2019).

Num histórico recente, que envolve sobretudo os governos Jair Bolsonaro e Michel Temer, são compatíveis com a *Contrarreforma Psiquiátrica* e suas medidas, como a Portaria 3.588/2017, que reinstitucionaliza o Hospital Psiquiátrico

(HP) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, retirada do ar depois de críticas, trazendo mudanças na LD vigente (Lei 11.343/2006) e na política de saúde mental, contrapondo elementos da Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica (RP) (COSTA; MENDES, 2020).

Inclusive, constatamos algumas continuidades, mesmo que em intensidade, volume e velocidade diferentes, frente aos governos petistas, como, por exemplo, o Programa Crack, é Possível Vencer, instaurado em 2011 e que recrudescer medidas segregatórias e higienistas tanto no âmbito da saúde, instituindo parâmetros de violência sanitária como nas internações compulsórias, no fomento às Comunidades Terapêuticas (CTs) e lógica asilar-manicomial, dentre outras ações, quanto na continuidade e recrudescimento da violência policial-jurídica-moral (AZEVEDO; SOUZA 2017; BORGES; SANTOS; PORTO, 2018).

Abordar as políticas sobre drogas é se defrontar com as formas como o Estado entende estas substâncias e como nos relacionamos com elas - de modo a incorporá-las no cotidiano de vida ou buscar se livrar delas -, bem como as lógicas que sustentam essas relações, suas consequências e múltiplas determinações. Significa, portanto, resgatar um histórico de violências, principalmente sob a batuta estatal, ancoradas em racionalidades médico-psiquiátrica e jurídica, de cunho hegemonicamente coercitivo e higienista, e suas vinculações com a moralidade cristã-burguesa, sob véus de cientificidade, objetividade e neutralidade (GONÇALVES; ALBUQUERQUE, 2016; BRITES, 2017), circunscritas ao próprio histórico de formação social brasileira: colonizado, escravocrata, intensamente desigual e dependente.

Em consonância com Rybka, Nascimento e Guzzo (2018), uma política onde a proibição se fez hegemônica, representante de “valores sociais dominantes”, como a patologização e medicalização, moralismos, preconceitos e estigmatização etc. servindo como sustentação para uma lógica de controle, criminalização e extermínio de determinados sujeitos e grupos sociais. Ou seja, devemos compreender tais políticas processualmente, circunscritas à totalidade social capitalista, e, nela, às particularidades brasileiras, suas estruturas e

dinâmica. Nisso, apreender suas motivações econômico-mercantis, (geo)políticas, moralistas etc. (FIORE, 2012), numa relação dialética entre a produção e reprodução da vida social e dimensões objetiva e subjetiva (BRITES, 2017).

Inclusive, movimentos de resistência, contraposição, críticas e contra hegemonia no campo também vão sendo produzidos, com suas capilaridades e capacidades reivindicatórias relacionadas às correlações de forças dos períodos históricos; afinal, falar sobre política é também evocar seu caráter de constante tensionamento, disputa e contradições. Nesse sentido, a partir das décadas de 1970 e 80, num bojo de efervescência social, a Reforma Sanitária e a RP, juntamente com o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), articuladas à adoção da Redução de Danos (RD), ganham fôlego, contribuindo para tensionar e propor alternativas às abordagens tradicionais do “fenômeno das drogas” - assim como da “loucura”. Com a RP e adoção da RD, as drogas deixam de ser consideradas males em si e nem as relações sujeito-drogas são, necessariamente, danosas (afinal, são históricas), abrindo espaço para uma perspectiva de saúde, do cuidado em território, não-manicomial e segregatório, colocando as drogas entre parênteses e focalizando os sujeitos e suas singularidades, as relações e estruturas sociais que produzem e lhe conformam etc.

Tais movimentos ganham corpo, sobretudo, a partir dos anos 1990 e 2000, sendo incorporados, juntamente com seus princípios, pelo aparato estatal. Contudo, não rompem integralmente com a hegemonia no campo, imprimindo caráter contraditório às políticas; onde o novo e o velho (o cuidado e a repressão, a assistência em liberdade e o asilamento) convivem, como, por exemplo, os avanços nos processos de cuidado, mas atrelados a uma crescente lógica de criminalização e encarceramento (GONÇALVES; ALBUQUERQUE, 2016; BRITES, 2017).

Apesar disso, frisamos que tal percurso histórico se dá com constantes lutas. É contrapondo os avanços resultantes de tais lutas, que as recentes modificações e retrocessos nas políticas sobre drogas se inserem. Cabe ressaltar que no atual processo de reorientação das políticas sobre drogas, exercem papel de relevo: (a) o Conselho Federal de Medicina (CFM) e, principalmente, a

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)², ocupando cargos de importância nos governos Temer e Bolsonaro, como a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde no primeiro, e Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania no segundo; (b) representantes de CTs, com o apoio da bancada religiosa³. Ou seja, atores e lógicas já bastante conhecidos no campo, como a Psiquiatria e seu mandato social de controle e ajustamento, coadunado com representantes de instituições privadas de caráter asilar, mercantilizadores da “doença” e loucura (VASCONCELOS, 2012), embebidos em moralismos obscurantistas religiosos. Além disso, é importante afirmar que tais mudanças se desenrolaram e concretizaram autoritariamente, contrariando manifestações (ou mesmo silenciando-as) de entidades, especialistas na área e, sobretudo, das instituições de controle e participação social, como o Conselho Nacional de Saúde, dentre outros.

Dado o breve histórico e o panorama atual, o presente artigo objetiva analisar as recentes mudanças no aparato legal-normativo e orientador das ações no campo de álcool e outras drogas no Brasil. Para isso, serão analisadas as já mencionadas “nova” Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e “nova” Lei de Drogas (LD). Dada a extensão dos documentos analisados, a intenção é de apreender e explicitar pontos centrais das “novas” PNAD e LD, suas finalidades, funcionalidades e atrelamentos com a conjuntura vivida. Portanto, ao invés de esgotar o assunto, o que, por si só, já seria inatingível, pretendo destrinchar alguns dos nós existentes, bem como esclarecer aspectos que contribuam para uma melhor visualização sobre a configuração do campo, algumas de suas contradições e tensionamentos.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa. Conforme supracitado, os materiais analisados foram: (a) Decreto 9.761, que “aprova a Política Nacional sobre Drogas”; e (b) a Lei 13.840, que dispõe sobre o

² https://www.abp.org.br/noticias/aprovacao-nova-pnad?fbclid=IwAR1oh3m4VbWlYafyLPMzEhC23dXVLiFZLvk4mZ5ub-UJz85_j9yeyuNTvsQ

³ <https://febract.org.br/portal/comentarios-da-febract-sobre-plc-0372013/>

“Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas”. Pelo fato de os documentos serem expressões do atual momento histórico e representarem um conjunto de mudanças no campo, reorientando-o, ao passo que também comungam das mesmas premissas, isto é, configuram uma “nova” política sobre drogas, serão analisados de maneira conjunta.

O tratamento e análise dos dados seguiram as orientações de Gomes (2011) para a Análise de Conteúdo do tipo temática, nas seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise, o material foi organizado, realizando leitura flutuante para maior familiarização. Na fase exploratória, foi procedida a definição das unidades de análise (que foram os temas), juntamente com a unidade de contexto (com elementos da própria conjuntura e momento histórico em que vivemos), servindo ao processo de categorização do material. Posteriormente, foram realizados os procedimentos de síntese e expansão dos significados das categorias e sua interpretação a partir dos objetivos, referenciais teóricos da pesquisa e contexto, transformando, assim, os dados soltos em resultados brutos (GOMES, 2011). Finalmente, os resultados foram discutidos com base na literatura na área, dialogando com reflexões de trabalhos acadêmicos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Aspectos Gerais

Antes de entrar nos resultados propriamente ditos, é importante apresentar a estrutura dos documentos analisados e do tratamento e apresentação dos dados. O Decreto 9.761 segue a estrutura e modelo do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que instituiu a “*Política Nacional Antidrogas*” e visa suprimir: introdução, com dados sobre o uso de drogas e danos associados no mundo e Brasil; pressupostos da política sobre drogas; objetivos da política sobre drogas; prevenção; tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações, sendo

que nas quatro últimas seções, constam as subseções orientação geral e diretrizes.

A “nova” LD também segue o formato da Lei 11.343/2006, a qual visa alterar, estruturada em capítulos, seções, artigos, parágrafos e incisos. São elencados os seguintes pontos, nessa ordem: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); princípios e objetivos do SISNAD; processo de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas na área (de prevenção ao uso indevido, tratamento, acolhimento e reinserção socioeconômica); crimes e penas envolvidos; e repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Os resultados oriundos da análise desse material foram organizados em três eixos que sintetizam as categorias analíticas extraídas durante o processo: (1) As drogas como “mal” em si e a política *antidrogas*: combate e abstinência; (2) Mercantilização, privatização e psiquiatrização da “saúde”: a centralidade das CTs e o retorno dos HPs; (3) Algumas incoerências entre a PNAD, LD e demais instrumentos orientadores e/ou normativos na área.

Cabe a ressalva de que esta separação em eixos serve a fins didáticos, sobretudo os dois primeiros, sendo que seus elementos não apenas se retroalimentam como, em alguns casos, estão sobrepostos e presentes em ambos. Quando necessário, as análises serão ilustradas com trechos do decreto e da lei, e, também, com dados sobre a conjuntura na área e suas fontes, referenciando o exercício analítico e possibilitando futuras checagens.

3.2 As drogas como um “mal” e uma política *antidrogas*: combate e abstinência

Logo na introdução e no primeiro pressuposto da PNAD, fica clara a estratégia argumentativa das “novas” políticas sobre drogas e daqueles que a produziram: colocar as drogas como um mal a ser combatido (sem esclarecimentos acerca do que seria droga ou, mesmo, a utilização de pesquisas que nos façam refletir sobre a relação do ser humano com tais substâncias): “2.1. Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida

do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” (BRASIL, 2019a, s/p).

Portanto, apesar do decreto aprovar uma “nova Política Nacional sobre Drogas”, temos a reinstitucionalização de uma *Política Antidrogas*, nos remetendo ao próprio decreto (nº 4.345, de 26 de agosto de 2002) que, em tese, visa suprimir. Sendo as drogas um mal a ser combatido e expurgado de nossa sociedade, temos que as críticas e/ou oposições à “nova” PNAD - e também à LD - passam a ser vistas como *apologias* às substâncias e, portanto, do mal que causam. Uma dicotomia “anti” *versus* “a favor” que serve como argumento de perpetuação da declaração de “inimigos internos” recorrente no campo, sejam eles as drogas, quem as produz, vende e consome ou quem as “defende” (BUCHER; OLIVEIRA, 1994). Com isso, contribuem para camuflar e naturalizar as bases estruturais de nossa sociedade e seu caráter desigual, atrelados a outros mecanismos ideológicos binários de mistificação (cidadãos de “bem” *versus* do “mal” ou “não cidadãos”; defensores de direitos humanos como defensores de vagabundos; o “nós” contra “eles”) bastante fomentados pelo governo Bolsonaro. Fazendo um paralelo, um exemplo semelhante encontra-se no título e ideia propagada pelo Projeto *Anticrime* proposto no mesmo ano de 2019 pelo então Ministro da Justiça e Segurança Pública, Sérgio Moro, e que fora aprovado. Ora, quem critica e é contrário, estaria *a favor* das drogas e do crime; em suma, defensores do mal.

Nesse sentido, duas consequências são geradas, uma para o âmbito do “cuidado” e da “assistência” (referentes às políticas, atores e dispositivos voltados à promoção social e de saúde, prevenção e tratamento das pessoas que consomem drogas e necessitam de algum tipo de assistência) e outra para o da segurança pública. No primeiro, a abstinência passa a imperar como o horizonte do processo assistencial. Tanto que a RD é suprimida nas “novas” LD e na PNAD, aparecendo genericamente apenas duas vezes na primeira e uma vez na segunda como “redução dos riscos e danos sociais”. Já a abstinência é colocada como o norte dos processos de cuidado, aparecendo uma vez na LD, relacionada à

caracterização do acolhimento e tratamento nas CTs, e nove na PNAD. Por exemplo:

2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (BRASIL, 2019a, s/p).

3.18. Promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2019a, s/p).

Já para o âmbito da segurança pública, temos a perpetuação da lógica do combate e intensificação de mecanismos de repressão e criminalização. Na LD, além de manter a não classificação por critérios objetivos do que seria “usuário” e “traficante” da Lei 11.343/2006, que contribui para processos de criminalização racial e da pobreza (BOITEUX, 2015), foi vetado por Bolsonaro o item do projeto original (nº 37/2013) que reduzia a pena para traficantes com réu primário, sem associação com organização criminosa, ou pegos com pequena quantidade⁴.

Tal argumentação, acerca das drogas como um mal e o conseqüente papel *antidrogas* do Estado - e das políticas - podem ser observados nos dois primeiros objetivos do decreto da PNAD: “3.1. Conscientizar e proteger a sociedade brasileira dos prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública representados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas”; “3.2. Conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso, o uso indevido e a dependência de drogas ilícitas financia as organizações criminosas e suas atividades, que têm o narcotráfico como principal fonte de recursos financeiros” (BRASIL, 2019a, s/p).

Colocando o “uso” de drogas (lícitas ou ilícitas) como algo a ser evitado, juntamente com o uso indevido e a dependência, reforça-se a concepção de que qualquer uso é negativo, devido ao caráter essencialmente danoso das drogas; ou seja, o argumento de que são males em si. Dessa forma, é necessário questionar: essa dita natureza repulsiva das drogas também está presente nos medicamentos

⁴ Todos os vetos podem ser encontrados no seguinte link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/06/2019&jornal=515&pagina=7&totalArquivos=53>

(que são drogas)? No café – uma substância psicoativa estimulante –, dentre outros? Além disso, imputa-se a responsabilidade sobre o narcotráfico em quem consome drogas ilícitas, ao invés do próprio Estado, que, por meio da proibição, produz, mantém e reforça o tráfico. A culpa do narcotráfico e toda sua existência deletéria passa a ser dos consumidores de drogas ilícitas, justificando a atuação repressiva do Estado também com eles, e não somente com aqueles(as) associados diretamente ao tráfico (produção e comercialização).

Uma contradição acomete quem sofrem com os danos das drogas ou são entendidos como “doentes”: são responsáveis diretos por estas condições de vida, a partir do momento em que consomem as drogas (males em si); ao mesmo tempo, são vítimas das drogas e de suas doenças, carecendo de proteção pelo Estado. Contudo, por um lado ou por outro, são atravessados por uma visão moralista e pejorativa, que também chancela uma ação coercitiva e controladora do Estado. Não por acaso, a “nova” LD considera a modalidade de internação involuntária, “sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal” e formalizada por decisão médica, no prazo máximo de 90 dias e “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2019b, s/p). Nesse sentido, nada é mais representativo desse recrudescimento da perspectiva repressiva e coercitiva do Estado que a ausência do Ministério da Saúde no decreto da “nova” PNAD, tal como pode ser visto nas considerações iniciais:

A Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública articularão e coordenarão a implementação da Pnad, no âmbito de suas competências (BRASIL, 2019a, s/p).

A partir disso, alguns questionamentos poderão ser feitos, tais como: O que são drogas? Estaria no horizonte das políticas a construção de uma sociedade protegida de remédios e medicamentos, ou de outras drogas lícitas? Ao se tratar de uma política pública, que deve envolver, também, planejamento estratégico das ações, em quanto tempo estimam *proteger nossa sociedade das drogas*? Em que realidade ou período histórico ausentes ou “protegidos” das drogas se basearam

para postularem tal norte? Caso não consigam atingir seus objetivos, podemos decretar a falência dessas políticas?

A partir destas reflexões, compreendemos que a argumentação e intencionalidade central das “novas” PNAD e LD, são, na verdade, cortinas de fumaça. Servem para escamotear e mistificar seus reais sentidos e objetivos (tal como será reforçado ao longo do trabalho).

3.3 Mercantilização-privatização, manicomialização e psiquiatrização da “saúde”: a centralidade das CTs e o retorno dos hospitais psiquiátricos

No decorrer dos documentos, também fica evidente a relações dos processos supracitados com a reinstituição da lógica manicomial e fomento a instituições privadas, por meio da centralidade das CTs e repasse de verbas a elas. Temos congregadas a mercantilização-privatização e manicomialização do tratamento aos usuários de drogas – sob roupagens técnicas e “científicas” –, que se assentam na concepção das drogas e do uso como ente e práticas danosas, conforme supracitado. Logo, para que haja uma aceitação e adoção das CTs e da racionalidade de compreensão da relação ser humano-drogas e do modelo assistencial que apregoam, é necessário que, antes, se hegemonize uma visão negativa das drogas; destas como um mal em si e, portanto, de quem as consome, como portadores desse mal, igualmente danosos (a si e aos outros). Vale salientar que, a despeito da heterogenia que cerceia as CTs no Brasil, elas se assentam e constituem num *mix* de abstinência, de lógica asilar-manicomial, com o predomínio do trabalho não pago, disciplina e espiritualidade/religiosidade (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA], 2017).

Falta, então, justificar o porquê de dispositivos privados, de natureza não-governamental, estarem inseridos em políticas públicas. Para isso, reiteradamente ao longo do decreto, quando citadas as instituições públicas, logo na sequência, temos a menção às instituições privadas, numa tentativa de naturalizar a relação complementar entre Estado e iniciativa privada; entre direito e mercadoria. A seguir, dois exemplos, o primeiro da PNAD e o outro da LD:

5.2.8. Propor, por meio de dispositivos legais, incluídos incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e de convênios que envolvam os governos

federal, estaduais, municipais e distrital e que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas sem fins lucrativos, que contribuam no tratamento, no acolhimento, na recuperação, no apoio e na mútua ajuda, na reinserção social, na prevenção e na capacitação continuada (BRASIL, 2019a, s/p).

Art. 8º-D. São objetivos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, dentre outros: I - promover a interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades e projetos dos órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social dos usuários ou dependentes de drogas (BRASIL, 2019b, s/p).

Dessa forma, cria-se uma narrativa (e a repete incessantemente) que se assenta em dois pressupostos (que são simplesmente aceitos): (a) existe uma complementariedade “natural” entre o Estado e iniciativa privada; (b) que é essa complementação que garante tratamento adequado e integral, face à complexidade do fenômeno, tal como fica evidente no seguinte trecho, também da PNAD:

5.2.11. Propor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado previsto na Política Nacional de Saúde Mental e na Pnad (BRASIL, 2019a).

Voltando às CTs, na LD existe uma nova seção somente para o tratamento nelas: “Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora”. Na PNAD elas são mencionadas cinco vezes, como a seguir:

5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada (BRASIL, 2019a).

Na LD, consta no artigo 23-A § 9º: “É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras” (BRASIL, 2019b, s/p), de modo que tais instituições seriam responsáveis, como o nome já indica, pelo *acolhimento*. Apesar de não especificar o que é uma CT (se é um dispositivo da saúde, assistência social etc.), muito menos estipular parâmetros avaliativos e fiscalizatórios, caracterizando genericamente o acolhimento nestas

instituições, questionamos: O tratamento nas CTs não requer, por princípio, internação? Portanto, tal lei não é contraditória? Os questionamentos são retóricos.

Assim, com as mudanças nas “novas” políticas *antidrogas*, temos uma tentativa de desvalidar um dos principais argumentos contrários às CTs nas políticas de caráter antimanicomial e o conseqüente repasse de verba pública a elas: seu caráter asilar, manicomial, contrário às propostas e concepções até então vigentes da RP. Não por acaso, tais retrocessos acompanham outros na saúde mental, no que vem sendo denominado *Contrarreforma Psiquiátrica*, e que enseja descontinuar e desmontar a RP e suas conquistas (LIMA, 2019; COSTA; MENDES, 2020).

Todavia, existem outros argumentos contrários às CTs nas políticas e ao repasse de verba pública a elas. O primeiro é que com o ganho de força das CTs nas políticas, corrobora-se o histórico de desresponsabilização estatal na oferta assistencial na área e suas conseqüentes lacunas (COSTA, 2017). Questionamos também como que este dispêndio de verba, num momento de contingenciamento e austeridade, além de contraditório, contribui para a deslegitimação e ao panorama de subfinanciamento e sucateamento das propostas públicas.

Ademais, como mencionado, há uma pluralidade e heterogenia de CTs, com esparsas estratégias de fiscalização (PERRONE, 2014; IPEA, 2017), e que, mesmo assim, são desconsideradas nas “novas” PNAD e LD. De acordo com Costa (2017), isso se relaciona com as próprias contradições existentes entre as propostas germinais das CTs, que surgem como um modelo assistencial no contexto de Reforma Psiquiátrica inglesa, mas que, no país, se transformam em uma instituição não governamental asilar, específica para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Questionamos a validade de se inserir uma *instituição* nas políticas da área e dotá-la de verba pública sem um maior entendimento sobre o que ela é, sua natureza, bem como sem explicitação das estratégias de controle e fiscalização. Ao mesmo tempo, se apreendermos o que tais instituições representam, a lógica manicomial e mercantil-privativa que

expressam e na qual se fundamentam, todas essas lacunas deixam de ser *falhas* ou *acazos*, mas *propositais*.

Um terceiro argumento diz respeito à inconstitucionalidade de financiamento a instituições de natureza religiosa por um Estado que se diz laico. Segundo levantamento do IPEA (2017), cerca de 82% das CTs levantadas tinha alguma vinculação religiosa, sobretudo com instituições pentecostais ou católicas. Logo, temos nas/pelas CTs uma confluência entre mercantilização-privatização, manicomialização e moralismo e fundamentalismo religiosos.

E não se pode esquecer das práticas iatrogênicas, violências e violações de direitos nestas instituições, corroborando se tratar da reinstitucionalização da lógica manicomial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2011; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2016; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016; CFP; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2018). Ou seja, boa parte das *evidências* que temos sobre os *resultados* das CTs referem-se à: violência e violação de direitos humanos.

Cabe ressaltar que, no dia 19 de março de 2019, o até então ministro da Cidadania (que também foi ministro no governo Temer), Osmar Terra, e a ministra dos Direitos Humanos, Damares Alves, anunciaram a assinatura de contratos com 216 novas CTs para tratamento de dependentes de drogas, chegando ao total de 496 CTs financiadas por verbas estatais⁵. Tal ato se deu por meio de dispensa de licitação, e englobou 25% do total de CTs no país, segundo o levantamento do IPEA (2017), que identificou 1963 instituições. Assim, até junho de 2019, tivemos um montante de R\$153,7 milhões no ano destinados a elas, sendo que a verba aos 406 CAPSad do país (SAGE, 2019)⁶ era de R\$158 milhões. Em 09 de fevereiro de 2021, foram credenciadas 472 CTs, com base no Edital nº 17/2019 (BRASIL, 2021).

Por fim, aceitando os elementos que sustentam as CTs nas políticas *antidrogas*, por coerência, aceita-se a reinstitucionalização dos HPs – e vice-versa (mesmo que contradizendo a Lei 10.216/2001 e a Política de Saúde Mental). Isso

⁵ <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/governo-amplia-vagas-e-regulamenta-o-tratamento-de-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas>

⁶ Número extraído da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), em dezembro de 2019. <http://sage.saude.gov.br/#>. Tais dados foram suprimidos no decorrer de 2020.

vai ao encontro dos movimentos do Ministério da Saúde na gestão Temer (e intensificados no governo Bolsonaro), que não só inserem os HPs na RAPS, por meio da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, revertendo o processo lento e gradativo de desinstitucionalização da RP brasileira, como também aumentam o valor repassado a estes dispositivos, com um impacto só no ano de 2019 de R\$60 milhões (BRASIL, 2017).

Mais recentemente, em dezembro de 2020, houve uma tentativa de revogação de uma série de normativas que sustentam formalmente a RP – pautadas, novamente, em diretrizes da ABP e demais associações médicas – que, dentre suas propostas, apregoava maior centralidade ao HP na rede e o recrudescimento da lógica asilar e hospitalocêntrica (ABP et al, 2020).

Não à toa, os HPs são mencionados na seção de tratamento da “nova” PNAD, como um dos componentes de intervenção, junto das CTs e Grupos de Apoio e Mútua Ajuda (os três de natureza não-governamental):

5.1.4. Promover e garantir a articulação e a integração das intervenções para tratamento, recuperação, reinserção social, por meio das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, **Comunidades Terapêuticas**, Hospitais Gerais, **Hospitais Psiquiátricos**, Hospitais-Dia, Serviços de Emergências, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas, Casas de Apoio e Convivência, Moradias Assistidas, Grupos de Apoio e Mútua Ajuda [...] por meio de distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal [grifos meus] (BRASIL, 2019a).

3.4 Incoerências entre PNAD, LD e demais políticas na área

Não obstante os pontos elencados, outras incongruências formais existem quando comparamos as “novas” PNAD e LD com outros documentos orientadores e normativos na área. Primeiramente, por mais que nelas não se faça menção direta à Lei 10.216/2001, ao disporem “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, devem estar subsumidas a tal lei. Isso é reforçado no decorrer da PNAD quando menciona a “Política Nacional de Saúde Mental” (por exemplo, no ponto “5.2.11”). Assim, a “nova” PNAD contradiz o seguinte artigo da Lei 10.216:

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

Mesmo que busquem negar o caráter asilar das CTs, este não é suprimido por teóricas ou mudanças meramente discursivas. Logo, há uma contradição evidente com uma lei, no caso a Lei 10.216.

Em segundo lugar, o Decreto da “nova” PNAD revoga o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, da antiga “Política Nacional Antidrogas”, mas sem menção à Resolução CONAD nº 3 de 27/10/2005, que a modificou e realinhou (mudando, inclusive, seu nome para Política Nacional sobre Drogas”). Teríamos, então, políticas duplicadas com orientações contrastantes?

Terceiro, a “nova” PNAD também contradiz a “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (PAIUAD), de 2004, sobretudo, na readmissão da abstinência como desfecho e objetivo único do processo de cuidado, negando a RD. Como podemos ver na PAIUAD:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado [...] a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando (BRASIL, 2004).

Quarto, existe uma contradição entre as “novas” PNAD e LD no que tange à prevenção. Enquanto na primeira a abstinência aparece como o horizonte do processo de cuidado (que abrange a prevenção) e o uso é apontado como uma prática danosa em si, na LD a concepção de prevenção se volta para o “uso indevido de drogas”. Logo, nem todo uso é maléfico e deve-se prevenir apenas o *indevido*.

Quinto, questiona-se como concretizar o pressuposto “2.30” da “nova” PNAD (a seguir), bem como outros pontos que versam sobre a participação social

e o Conselho Nacional sobre Drogas, sendo que o próprio governo extinguiu este e outros conselhos no decreto 9.759, de 11 de abril de 2019⁷. Segue o trecho:

2.30 Buscar garantir, por meio **do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas** do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação das políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública nos campos relacionados ao tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas, com uso de estudos técnicos e outros conhecimentos produzidos pela comunidade científica” [grifo meu] (BRASIL, 2019a).

Por fim, é importante ressaltar que as políticas públicas devem ser embasadas em análises acuradas sobre a realidade. Isso nos remete à importância de pesquisas científicas sobre o tema. Sendo assim, questionamos o longo processo de censura ao “3º Levantamento Nacional Domiciliar sobre o Uso de Drogas” conduzido pela FIOCRUZ e financiado pela própria Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que perdurou do governo Temer até 08 de agosto de 2019, só sendo findado com um acordo mediado pela Advocacia Geral da União. Discordamos da justificativa para a não liberação destes dados feita por Osmar Terra, de que existiam problemas metodológicos na amostragem da pesquisa, impossibilitando comparação com os levantamentos anteriores (FURLANETO, 2019). Sabemos que a metodologia foi a mesma da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE, abarcando uma amostra de 16.273 pessoas em 351 cidades (o dobro do levantamento anterior, de 2005). Fica, então, escancarado que os motivos para tal censura foi a “discordância” com os dados, isto é, por a realidade não se enquadrar nas ideologias do governo. Ademais, um dos motivos para a divulgação da pesquisa é fomentar o debate pela comunidade acadêmica acerca de seus resultados e como foram produzidos, de modo a corroborar ou não com o estudo e seus achados, o que não é possível sem a sua liberação. Mesmo que tal estudo tenha sido liberado, posteriormente, tal processo denota a contraditoriedade com o seguinte ponto:

⁷ Mesmo que o Conselho tenha voltado a existir em 22 de julho de 2019, sua reestruturação excluiu todos os representantes da sociedade civil.

Garantir que sejam divulgados por meio do OBID e por meio de comunicação impresso, as pesquisas, os levantamentos e as avaliações referentes ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, contratados pelo governo federal, e outros trabalhos nacionais e internacionais de relevantes, que permitam aperfeiçoar uma rede de informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras, além de organizações multinacionais similares (BRASIL, 2019a, s/p).

4 SÍNTESE, AUTOCRÍTICA E A CRISE QUE GERA MOVIMENTO

A partir do exercício analítico, podemos constatar que não se trata de “nova” política sobre drogas, pois resgata e reinstitucionaliza princípios e modos de compreensão e atuação historicamente hegemônicos, mas em choque com as mudanças oriundas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras e da RD no campo de álcool e outras drogas. É uma “nova” política que já nasce velha; um *museu de grandes novidades*.

Pela narrativa das drogas como um mal, consolidam-se os principais objetivos das “novas” políticas *antidrogas*: (a) a intensificação e reinstitucionalização da mercantilização-privatização das ditas “doenças” relacionadas ao uso de drogas, com ênfase na dependência, compreendida como patologia de base estrita ou essencialmente orgânico-fisiológica (uma doença “cerebral”); (b) a tentativa de retorno do absolutismo ou totalitarismo da psiquiatria, visto que com a RP e Reforma Sanitária, ganha fôlego a perspectiva de trabalho inter ou transdisciplinar (o que não, necessariamente, rompe com a hegemonia da psiquiatra); (c) a abstinência como o horizonte do processo de cuidado; (d) o fomento às CTs, que rememoram os manicômios e seus modelos asilares, satisfazendo também moralismos de atores e instituições religiosas e o imperativo por lucro de variados setores da sociedade; e (e) intensificação da repressão e criminalização, voltando-se para parcelas mais subalternizadas da população: jovens, pobres, negros e periféricos.

É necessário situar as “novas” políticas *antidrogas* numa conjuntura de ascensão conservadora e retrocessos no âmbito das políticas sociais, expressando elementos que conformam tal panorama, e, ao mesmo tempo, como produto de um processo histórico de tensionamentos e disputas no campo. Assim, da mesma forma que a institucionalização da RP no/pelo Estado, a despeito dos

avanços, não significou a ruptura radical e finitude das perspectivas manicomiais, coercitivas etc. na lida com a temática das drogas (e loucura), as recentes mudanças também não representam o “fim da história”, evitando posturas imobilistas e fatalistas que pouco ou nada contribuem. O que indicam, então? Por um lado, nosso atual estado de rebaixamento da correlação de forças referente à classe trabalhadora, inflexões políticas e de consciência. Por outro, que a incorporação de reivindicações pelo Estado deve ser acompanhada por um movimento contínuo de mobilização e atuação *por fora* dele (e contra ele), afinal a superação deste, como instrumento de dominação de classe e manutenção da ordem, é necessária se almejamos transformações radicais nas formas de lidarmos com a loucura, com as drogas, no sentido que o horizonte das lutas deve ser a construção de uma nova sociabilidade (MASCARO, 2015).

Sendo assim, é mais do que necessário uma profunda autocrítica no campo progressista de álcool e outras drogas e, mesmo, da luta antimanicomial e RP; e autocrítica não significa autopenitência ou culpabilização. A atual conjuntura expressa também algumas de nossas lacunas, apontando para a premência da repolitização e resgate da radicalidade na área (COSTA; MENDES, 2021).

Nisso, três vetores são fundamentais. O primeiro diz respeito às CTs. Elas surgem e ganham relevo a partir da lacuna assistencial deixada pelo Estado brasileiro no cuidado a pessoas com necessidades associadas ao uso de drogas; lacuna essa que foi insuficientemente abordada e preenchida mesmo a partir da Lei 10.216. As CTs adentram na insuficiência de serviços substitutivos para pessoas que carecem de internação, mesmo que de curto ou curtíssimo prazo, e/ou de uma atenção residencial de caráter transitório, dadas as suas condições de vida (crises, necessidade de desintoxicação, rompimento de vínculos, situações de perigo nos contextos em que vivem, dentre outras). O nível assistencial residencial de caráter transitório, composto pelas Unidades de Acolhimento - para adultos (UAAs) ou crianças e adolescentes (UAIs) - aparece apenas em 2011 no decreto 3.088 na RAPS, e, desde então, apresenta números insuficientes de implementação, mesmo com a inexistência de parâmetros para avaliar sua quantidade e distribuição. Segundo dados da SAGE (2019), tínhamos

apenas 29 UAAs e 22 UAIs habilitadas e em funcionamento, e 9 UAAs e 10 UAIs não habilitadas, mas funcionando no país todo. A questão é que o dispêndio de verba para as CTs não contribui em nada para suprir essa lacuna, pelo contrário, só a intensifica. Ademais, ainda segundo a SAGE (2019), apesar das tentativas de habilitação de leitos em Hospitais Gerais (HGs), tínhamos somente 221 HGs, num total de 1.082 leitos. Tais elementos indicam a continuidade de uma carência constatada já em 2012: da meta de 3.492 leitos em HGs, de acordo com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, de 2010, até o início de junho de 2011, apenas 179 tinham sido habilitados (TCU, 2012).

Associado ao ponto anterior, temos o alerta e crítica de Vasconcelos (2012) para os dilemas da atenção à crise na Saúde Mental, associados a moralismos e ineficiências na formação e estruturação dos dispositivos, e também à centralização nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), contribuindo para que outros serviços e níveis de atenção fossem desconsiderados ou não tivessem a devida atenção e fomento - como os leitos de internação nos HGs e o nível de atenção residencial de caráter transitório. Tal advertência já havia sido feita por Amarante (2003) como “*Capsização*”, alertando para a natureza contraditória da centralização nos CAPS frente à ideia de uma rede substitutiva, comunitária e territorializada. Costa (2017) a denominou de “*Capsolização*”, numa lógica em que os dispositivos orbitam em torno dos CAPS, reproduzindo uma assistência especializada.

O último exemplo diz respeito à lenta incorporação da temática “álcool e outras drogas” pela Saúde Mental, com um caráter marginal do tema. Devido a esse processo, temos duas grandes consequências: (a) a desconsideração e/ou marginalização de suas particularidades, o que, no âmbito assistencial, contribuiu para a transposição de modelos assistenciais descontextualizados. Um exemplo disso é a replicação da estruturação e funcionamento do CAPS geral para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), numa reprodução assistencial que desconsidera diferenças dos perfis dos sujeitos que utilizam estes serviços (COSTA; MOTA; PAIVA; RONZANI, 2015); e (b) é justamente na área de “drogas” que tivemos no contexto recente as principais

brechas para discursos e práticas manicomiais, coadunados com interesses econômicos e a ascensão conservadora e fundamentalista religiosa, via CTs, internação involuntária e compulsória.

Ademais, é importante, numa perspectiva histórica, lembrar que as “novas” políticas *antidrogas* “aprimoram” algumas mudanças que já estavam sendo sinalizadas ou mesmo implementadas, encontrando condições ainda mais propícias na atual conjuntura e condução econômico-política do país (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019; LIMA, 2019). Alguns dos retrocessos destacados já são vistos nos governos petistas, tais como: (a) a lei 11.343, promulgada durante o governo Lula que contribuiu para o recrudescimento da criminalização racial e da pobreza por meio da “associação às drogas” (BOITEUX, 2015), conforme dados de crescimento do encarceramento no país (BRASIL, 2016); (b) a inserção das CTs na portaria 3.088, de dezembro de 2011, que institui a RAPS, como componentes desta rede no nível de atenção residencial de caráter transitório e o dispêndio orçamentário a elas a partir desse período (COSTA; MENDES, 2020). Portanto, não podemos dissociar os retrocessos nas atuais políticas *antidrogas* (e saúde mental como um todo) desse histórico, ao mesmo tempo que se trata, sim, de um refluxo numa trajetória de disputa de projetos no campo, que, no fim das contas, dizem de projetos societários antagônicos.

Temos, mais do que nunca, não somente o âmbito jurídico e o braço repressivo do Estado na segurança pública reforçando processos de controle, segregação e extermínio, mas também a esfera supostamente de cuidado, por meio de estratégias de psiquiatrização, mercantilização e manicomialização que se fortalecem com a adoção da abstinência como desfecho ideal, desejado e único, e a tentativa consequente de supressão da RD como orientadora deste cuidado. Como um beco sem saída, encontramos os usuários de drogas, em especial os da classe trabalhadora, pobres, negros, periféricos, como criminosos e/ou doentes, tendo suas possibilidades de aprisionamento *ampliadas* pelo Estado: nos presídios propriamente ditos e/ou nas CTs e demais manicômios. Em suma, observamos o fortalecimento de uma tradicional encruzilhada para estes sujeitos: entre a cruz, dos discursos e propostas assistenciais moralistas e

religiosas, concatenadas com a fé cega e o dogmatismo da psiquiatria; e a espada, por meio das propostas de controle e asilamento, penalização e criminalização.

Cabe, portanto, a indignação, mas, sobretudo, o resgate da radicalidade orgânica que propiciou os próprios avanços no campo das drogas e na saúde mental e, que, agora, vem sendo combatidos. Afinal, não é uma canetada de cima pra baixo que irá suprimir todo um histórico de luta e construção que nasce e se consolida de *baixo para cima*.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-66.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA et al. *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental*. Disponível em: <https://www.abp.org.br/diretrizes>. Acesso em: 14 mar. 2021.

AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017.

BOITEUX, Luciana. El antimodelo brasileño: prohibicionismo, encarcelamiento y selectividad penal frente al tráfico de drogas. *Nueva Sociedad*, v. 255, p. 132-144, 2015.

BORGES, Sandra Andrade Cardoso; SANTOS, Maria Ligia Rangel; PORTO, Priscilla Nunes. Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 430-441.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Levantamento nacional de informações penitenciárias (INFOPEN)*. Brasília: Ministério da Justiça, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017*. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. *Lei 13.840, de 05 de junho de 2019*. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019a

BRASIL. *Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019b.

BRASIL. *Aviso nº 1/2021 SEDS/SENAPRED Edital de Credenciamento Público nº 17/2019*. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021.

BRITES, Cristina. *Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo*. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

BUCHER, Richard; OLIVEIRA, Sandra R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994.

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

CFP; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília: CFP; MPF, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). *Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo: CRP-SP, 2016.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: Considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. *Revista Jurídica (FURB)*, Blumenau, v. 23, n. 50, 2019.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. *Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas*. Tese (Doutorado em Psicologia). Juiz de Fora/MG: Universidade Federal de Juiz de Fora, 169 p., 2017.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 44-59, 2020.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kíssila Teixeira. Pandemia e Luta Antimanicomial. *InSURgência*, Brasília, v. 7, n.1, p. 125-145, 2021.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior; PAIVA, Fernando Santana de; RONZANI, Telmo Mota. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estud. CEBRAP*, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

FURLANETO, Audrey. Ministro ataca Fiocruz e diz que 'não confia' em estudo sobre drogas, engavetado pelo governo. O Globo, Rio de Janeiro, 28 de mai. de 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministro-ataca-fiocruz-diz-que-nao-confia-em-estudo-sobre-drogas-engavetado-pelo-governo-23696922>. Acesso em: 30 mai. 2022.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 67-80.

GONÇALVES, André de Menezes; ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. (Orgs.). *Drogas e proteção social: os desafios da intersectorialidade*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Nota Técnica. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019.

MASCARO, Alysso Leandro. A crítica do Estado e do direito: a forma política e a forma jurídica. In: NETTO, J. P. (Org.). *Curso livre Marx-Engels: A criação destruidora*. São Paulo: Boitempo; Carta Maior, 2015, p. 11-29.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

RYBKA, Larissa Nadine; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estud. psicol.*, Campinas, v. 35, n. 1, p. 99-109, 2018.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE). Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 28 dez. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES-MG). *Relatório de vitórias em comunidades terapêuticas do Programa Aliança pela Vida*. Belo Horizonte: SES-MG, 2016.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). *Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas – SISNAD. Parte 2: Prevenção, tratamento e reinserção social do dependente de álcool e outras drogas*. Brasília: TCU, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 8-21, 2012.