

42º. Encontro Nacional da ANPOCS

MR14 - *Drogas, saúde e ciências sociais: Aspectos políticos, morais e comportamentais*

Dia 23/10, terça-feira, das 8h30 às 10h30, sala 13 – Hotel União

Comunidades Terapêuticas e a Disputa sobre Modelos de Atenção a Usuários de Drogas no Brasil

Maria Paula Gomes dos Santos

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

Caxambu, MG

2018

Comunidades Terapêuticas e a Disputa sobre Modelos de Atenção a Usuários de Drogas no Brasil

Maria Paula Gomes dos Santos

Introdução

Do ponto de vista da análise de políticas públicas, os estudos sobre Comunidades Terapêuticas ganham relevância em função da incorporação destas instituições, pelo Estado brasileiro, à oferta pública de cuidados a usuários de drogas. A Lei 11.343/2006 (*Lei de Drogas*), que define os crimes relacionados a drogas no país, instituiu um SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, segundo o qual a “*atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas*” deve ser prestada tanto pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos. Desde a edição desta Lei, estas instituições, para cumprir tal função, tornaram-se elegíveis subsídios públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros (Art. 24, Lei 11.343/2006).

Este arranjo poderia ter, a princípio, a virtude de ampliar e diversificar a oferta de cuidados gratuitos para usuários de drogas, que deles necessitem. Contudo, sua implementação acabou por amplificar uma disputa, que já não era nova, em torno dos modelos de cuidado a estas pessoas. Esta disputa passou a ser travada, inclusive, no interior do próprio poder executivo federal, entre agentes públicos vinculados a diferentes órgãos, opondo, de um lado, defensores da participação das Comunidades Terapêuticas na rede de atenção a usuários de drogas (com financiamento público); e de outro, aqueles que desaprovam esta participação e o financiamento público destas instituições, por entenderem que elas violam os princípios da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (MS, 2003). Vale dizer que, além de dissensos sobre aspectos clínicos do cuidado a usuários de drogas, esta disputa envolve controvérsias científicas, morais e simbólicas.

Assim sendo, procuro neste texto analisar os termos desta disputa, tomando cada uma das perspectivas em jogo, a fim de especular sobre possíveis caminhos a serem seguidos pela política pública de atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas. A proposição que guia esta análise é a de que tal contenda se nutre de uma disputa maior, em torno do que alguns autores chamaram de *significado social* (Velho, 1998), ou *estatuto social* das *drogas* (Vargas, 2001). Neste sentido, pretendo aqui argumentar que as preferências quanto a modelos de cuidado a usuários de drogas estão diretamente associadas aos diferentes sentidos – morais, simbólicos – atribuídos, pelos diversos grupos sociais, a estes objetos denominados *drogas*, e ao seu uso; e que, considerando a diversidade de perspectivas presentes na sociedade brasileira

(tal como em muitas outras sociedades), resta ao poder público o desafio de promover as condições para que elas sejam amplamente debatidas, sem dogmas ou argumentos de autoridade.

Antes de prosseguir, vale esclarecer o significado do termo “drogas”, aqui empregado, dada sua grande polissemia. Optou-se, neste texto, por adotar o sentido atribuído internacionalmente - e também no Brasil, por suas instituições¹ - o qual indica um conjunto de substâncias psicoativas, de uso proscrito por lei, tais como a maconha, a cocaína, o crack, o LSD, a heroína, além de outras menos comuns entre nós.

1. O debate em torno do estatuto social das drogas, de seus efeitos e de seus usuários

Como é sabido, a proscricção legal de determinadas substâncias deriva, primeiramente, da atribuição a elas, por portadores de argumentos médicos, que lhes atribui um caráter *nocivo* para a saúde dos indivíduos. Como coloca Fiore (op.cit), “o significado ou estatuto social do uso de “drogas” é fundamentalmente, ainda que não apenas, medicalizado” (pág. 41)². Além de um risco à saúde, o consumo de substâncias psicoativas, e o desfrute dos seus efeitos, tem sido, desde muito tempo, objeto censura moral. Nos Estados Unidos, segundo Levine (1978), a embriaguez já incomodava o clero puritano do final do século XVIII, que tratava esta prática como *pecado* (Levine, op. cit, pág. 4). No século XIX, a ideia de *perda de controle sobre a vontade de beber* viria a ser descrita como *doença*, nos trabalhos de Benjamin Rush³ (1925, *apud* Levine, 1978); e consolidada como problema moral, pelos *Movimentos da Temperança* - cujos representantes consideravam o autocontrole, a racionalidade, a moderação dos prazeres e o domínio da vontade sobre os instintos, atributos indispensáveis ao exercício da liberdade e da autonomia pelos indivíduos (Levine, 1978).

Rush preocupava-se principalmente com a ingestão de bebidas destiladas, a quem atribuía o poder de, progressivamente, tornar seus bebedores *adictos*. Segundo Levine, ele teria sido pioneiro, não só na identificação desta relação de causa e efeito, mas também na descrição do que hoje chamamos de *alcoolismo*, como um comportamento compulsivo e patológico; e também na prescrição da abstinência como o único caminho para a cura (Levine, op. cit., pág.

¹ No Brasil temos um *Conselho Nacional de DROGAS* e uma *Secretaria Nacional de DROGAS*, que se ocupam das políticas relativas especificamente a estas substâncias.

² Ver Velho, 1998; Vargas, 2001; Fiore, 2006; Policarpo, 2016.

³ Rush (1745- 1813) foi médico na Filadélfia e dedicou-se, entre outras coisas, ao estudo das *desordens mentais*, tendo se tornado um dos precursores da psiquiatria americana. Foi também um dos signatários da Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776).

8). Segundo Berk (2004), os argumentos de Rush contra a ingestão de bebidas alcoólicas destiladas não eram apenas científicos, mas também morais. Para ele, o uso destas substâncias poderia levar os sujeitos a cometerem fraudes, roubos e assassinatos (Berk, op. cit. pág. 1).

Os *Movimentos da Temperança*, por sua vez, se organizaram a partir da sociedade civil, em diversos países (Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Escócia e na Escandinávia), desde meados do século XIX. Justificados pelos trabalhos de Rush (Levine, op. cit), estes movimentos também condenavam o uso dos *ardent spirits*⁴, no que eram apoiados por igrejas protestantes e evangélicas. Segundo Berk, a retórica destes movimentos, ao menos nos Estados Unidos, teria sido mais eficaz do que os próprios argumentos científicos de Rush, uma vez que apelava para crenças mais profundas dos americanos, como a importância de Deus, da liberdade, do trabalho duro e da salvação pessoal e comunitária (Berk, op. cit. pág. 10). Estas seriam as origens do paradigma segundo o qual o uso de determinadas substâncias psicoativas provoca, necessariamente, um desejo incontrolável e sempre renovado de voltar a consumi-las, descrito, em termos médicos, como uma *doença*, depois designada *dependência química*⁵.

Segundo as descrições que se popularizaram (não só no meio médico), tal *doença*, além de afetar a saúde do indivíduo, teria impactos sociais devastadores. Primeiramente, porque os efeitos destas substâncias *distorceriam* as percepções de seus usuários, torná-los-iam consumidores compulsivos e comprometeriam a sua *razão*. Ademais, porque, uma vez tornados consumidores compulsivos, *dependentes químicos* não mediriam consequências para obter as substâncias que pretendem consumir, ultrapassando, se necessário, quaisquer barreiras morais e legais.

Desse modo, a chamada *dependência química* constituiu-se como, ao mesmo tempo, uma *patologia*, uma *fragilidade moral* e uma *ameaça social*, delineando a identidade social do *drogado* como pessoa *doente, moralmente débil e delinquente* (Velho, 1981). Esta formação discursiva tem sido reiterada ao longo dos anos, no Brasil e alhures, podendo ser encontrada, em muito esforço, em diversos sítios da internet:

“O indivíduo [usuário de drogas], com o tempo, vai ficando agressivo, e se afasta cada vez mais da família. Passa o dia fumando ou achando meios de conseguir mais. Às vezes chega a roubar seus próprios familiares, e dessa maneira as drogas vão indiretamente acabando com a unidade familiar. (...) Em muitos casos, usuários de drogas se envolvem em crimes tais como narcotráfico e

⁴ Bebidas alcoólicas destiladas.

⁵ Vale notar que, ao longo do tempo, a denominação desta *doença* sofreu algumas alterações no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria. Na última edição deste Manual (DSM V), a denominação adotada é “*transtornos por uso de substâncias*”, considerada mais abrangente. Ver (APA, 2014).

homicídios, tornam-se vítimas de violência, além de estarem sujeitos a outros perigos, como DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e gravidez indesejável” (Drogas Ilícitas, CMPA).

Segundo esta lógica, as chamadas *drogas* são percebidas como “*um mal em si*” mesmas (Bucher e Oliveira, 1994): entes com capacidade de agência própria (Policarpo, 2016), independente de quem as usa, ou em que contexto o faz. Sendo assim, todos os que se arriscam a experimentá-las estariam inescapavelmente fadados a um destino de degradação física e moral, e de desfiliação social.

Esta retórica tem sustentado a chamada *Guerra às Drogas*, movimento internacional, capitaneado pelos Estados Unidos a partir de 1971, em prol da proibição e criminalização do uso, comércio e produção de determinadas substâncias psicoativas⁶. Do mesmo modo, tem balizado certas metodologias de cuidado a *dependentes químicos (as)*, que consideram a abstinência de drogas a única conduta saudável para os seres humanos, a qual, portanto, deve ser exigida, de princípio, de todos aqueles que pretendem tratar-se de tal *doença*. Vista como *doença incurável*, a dependência química marcaria o destino de seus portadores, demandando sua eterna vigilância.

Contudo, pelo menos desde os anos 1980, este paradigma deixou de ser consenso entre médicos e outros profissionais que se dedicam à pesquisa e à clínica das *adições*⁷. Como mostrou Fiore (2006), são muitas as controvérsias no campo médico, no que se refere aos riscos e danos implicados no uso de drogas, assim como aos modos de enfrentar os usos problemáticos. O próprio campo da psiquiatria, principal especialidade médica em que se desenvolvem a clínica e a pesquisa sobre usos de psicoativos, tem sua história marcada por grandes dissensos em torno da etiologia⁸ dos transtornos mentais, do seu tratamento e da própria definição de *cura* nestes casos.

Em pesquisa de campo num ambulatório de saúde mental, Jucá (2006) observou que muitos profissionais resistiam a usar este termo, preferindo falar de “*recuperação*”, quando em referência à evolução positiva de um paciente com transtornos mentais. Mesmo assim,

⁶ Sobre o processo histórico de criminalização da produção, do comércio e do uso de drogas ver Vargas, 2001.

⁷ Como são chamados, muitas vezes, os usos problemáticos de drogas.

⁸ *Etiologia* é o estudo das causas e fatores de uma doença e do conjunto dessas causas, a partir de seus sinais e sintomas. A etiologia das doenças mentais definiria os potenciais fatores geradores das mesmas.

“‘recuperação’ não equivale a cura, no campo psiquiátrico. Em psiquiatria, recuperação designa, mais comumente, a saída de um estado de crise (ou da fase aguda)” (Jucá, op. cit, pág, 773).

O próprio *Manual Estatístico de Desordens Mentais (DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA, 2014)*, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria – APA, e tido como referência internacional para a caracterização das patologias psiquiátricas⁹, nunca foi acolhido pacificamente e unanimemente pela comunidade internacional. Sua última edição (o DSM 5), por exemplo, foi recebida com muitas críticas. Segundo Silva (2013),

“A nova revisão do DSM [o DSM-V] antecedeu-se de um verdadeiro levante de críticas, mobilizando pessoas e instituições em vários pontos do mundo. Pelo menos três manifestos vieram a público – em Barcelona, Buenos Aires e São João del Rei – fazendo objeções relevantes ao uso do DSM como critério único para o diagnóstico em saúde mental”. (pág.65)

Para os signatários do MANIFESTO DE SÃO JOÃO DEL REY,

*“Os DSM’s não são uma unanimidade epistêmica, apesar de sua pretensão de serem hegemônicos”*¹⁰.

Portanto, pode-se dizer que é grande o dissenso no interior da psiquiatria. E ele incide também nas descrições da chamada *dependência química*– ou dos *transtornos por uso de substância*, como quer a última versão do DSM V¹¹. Neste caso, as controvérsias se referem tanto à questão dos riscos e danos associados ao uso de drogas, quanto às abordagens terapêuticas mais adequadas para tratar casos de uso descontrolado. Conforme demonstrado pela pesquisa de Fiore (op. cit), há médicos que consideram ser possível haver modos de uso *não nocivos* destas substâncias – no que seguem, aliás, a própria Organização Mundial de Saúde - OMS, que adota, em suas classificações, categorias como *“uso experimental”*, *“uso ocasional”* e *“uso recreativo”* (Fiore, op. cit, pág. 75).

Esta perspectiva lastreia-se em diversas pesquisas clínicas, que têm entre seus pioneiros o psiquiatra norte-americano Norman Zinberg e o francês Claude Olivenstein. Em sua obra, *Drugs, set and setting* (1984), Zinberg (1922-1989) argumenta que há formas distintas de uso

⁹ Lançado pela primeira vez em 1952, a produção deste Manual derivou da necessidade de uma sistematização das diversas classificações sobre doenças psiquiátricas existentes nos Estados Unidos desde 1840. Ao longo dos anos, tem passado por várias revisões, estando atualmente em sua 5ª. Edição (DSM V).

¹⁰ MANIFESTO DE SÃO JOÃO DEL REY - BRASIL EM PROL DE UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA, 2011.

¹¹ Ver nota 6, neste texto e DSM-5 (2014. Prefácio, pág. XVIII.)

de drogas, as quais variam em função do tipo de droga consumida e do modo de sua ingestão (*drug*); da subjetividade do usuário (o *set*); e do contexto social de uso (o *setting*). Isto explicaria, por exemplo, porque alguns indivíduos estabelecem relações de *dependência* com certas substâncias, e não com outras; ou mesmo porque alguns usuários nunca se tornam dependentes¹².

O entendimento de Olivenstein (1933-2008) é semelhante. Autor de diversas obras sobre o tema¹³, este psiquiatra francês fundou, nos anos 70, o *Centre Médical Marmottan*, em Paris, que se tornou referência mundial no tratamento do que se chamava então de *toxicomania*¹⁴. Para ele, esta condição resultaria de interações dinâmicas entre o *sujeito*, a *substância* e o *seu ambiente* (social, cultural, econômico e político); e o desenvolvimento de uma relação patológica com *drogas* seria determinado por desequilíbrios entre estes elementos. Por isso, Olivenstein recomendava que se considerasse as condições contextuais - sociais, culturais, econômicas e políticas – em que cada sujeito desenvolvera sua relação com determinadas *drogas*. Cada toxicômano representaria um caso singular e, portanto, a *clínica das toxicomanias* deveria ancorar-se na escuta atenta dos pacientes, assim como na análise dos fenômenos bioquímicos provocados por cada droga em cada organismo. O diagnóstico da toxicomania precisaria levar em conta, também, as percepções do próprio sujeito investigado, quanto ao lugar do uso de drogas em sua existência, isto é, em que medida a pessoa em questão *escolhe livremente* entre usá-las ou não. A dependência só estaria configurada quando, ao se decidir por não usá-las, o sujeito, mesmo assim, se sentisse compelido a fazê-lo (Olivenstein, 1985; Fiore, op. cit).

A incorporação da análise do contexto social aos diagnósticos sobre *modos de uso de drogas* abriria novas frentes de pesquisa, para além das ciências médicas, da psicologia e da psicanálise, envolvendo também as ciências sociais. A partir destas contribuições, o foco da pesquisa em saúde mental se deslocou das *drogas* – como objetos genéricos, carregados de uma agência própria maligna – para as práticas e contextos de uso, assim como para os *comportamentos aditivos*. Esta perspectiva viria a colocar em questão também as relações que alguns sujeitos desenvolvem com outras práticas, tais como com jogar, fazer sexo, usar a internet, entre outras. É deste prolífico campo acadêmico e clínico, de caráter multidisciplinar, que se têm nutrido diversas outras práticas de cuidado - inclusive aquelas que se realizam em

¹² Para mais detalhes da teoria de Zingberg ver Zingberg (1984).

¹³ Olivenstein, 2005, 1990; 1988; 1985; entre outros.

¹⁴ Nos anos 80, vários técnicos brasileiros foram estagiar no centro Marmottan, contribuindo assim, para a formação de clínicos, pesquisadores e centros de pesquisas brasileiros sobre drogas, na perspectiva de Olivenstein.

condições de liberdade, isto é, sem a mediação da internação e do isolamento social. É desta linhagem também que se constituíram os modelos de atenção orientados pela *abordagem psicossocial* e pela lógica ampliada da *Redução de Danos* (RD), instituídos pela política brasileira de saúde mental, desde o início do presente século (BRASIL/MS, 2003).

2. A controvérsia em torno dos modelos de cuidado

As disputas que se travam sobre os modelos de cuidado a pessoas que fazem usos problemáticos de drogas têm, recorrentemente, sido expressas como uma oposição entre “*modelos calcados na abstinência*” versus “*modelos calcados na redução de danos*”. Desde já, cabe assinalar que esta oposição é errônea, uma vez que as estratégias orientadas pela lógica de redução de danos, em princípio, não se opõem à abstinência, desde que esta seja um objetivo das pessoas que buscam ajuda para tratar de suas adicções. O cerne da controvérsia se dá, antes, em torno do fato de que, em alguns modelos de cuidado, a abstinência não é apenas o único objetivo desejável, mas também uma *condição prévia* para a realização do próprio tratamento.

Nestes modelos, se incluem as práticas de grupos voluntários de ajuda mútua (como os *Alcoólicos Anônimos* e *Narcóticos Anônimos*); o Método Minesotta (praticado em algumas clínicas médicas brasileiras¹⁵); e as próprias Comunidades Terapêuticas. Tais modelos se difundiram e ganharam grande respeitabilidade ao longo dos anos, de tal forma que ficaram assentados, no senso comum, como *a única abordagem que dá certo* (Worcman e Morganti, 2017).

No caso das clínicas médicas e das CTs, o postulado da abstinência vem ainda acompanhado de antigas práticas de tratamento psiquiátrico, especialmente o recolhimento dos pacientes a instituições fechadas, onde são submetidos a isolamento social, sob rigorosas regras de conduta e convivência, e sob vigilância e tutela de uma equipe dirigente¹⁶. A adoção destas medidas sobre usuários (as) de drogas são frequentemente justificadas pelos argumentos da falta de controle, destas pessoas, sobre a sua vontade, e da *distorção* de suas percepções sobre a realidade, o que os tornaria incapazes de desfrutarem de liberdade e autonomia.

Em vertente diversa, coloca-se a *Redução de Danos*, estratégia de saúde pública mais recente. Inicialmente, a RD foi adotada em países europeus, nos anos 1980, com vistas ao

¹⁵ Esta abordagem terapêutica foi iniciada nos Estados Unidos, tendo sido difundida no Brasil, nos anos 80. Ver Vaissman et al., 2008.

¹⁶ Esta descrição é compatível com o conceito de *instituição total*, apresentada por Goffman (1961).

controle da transmissão de HIV/AIDS, entre usuários de drogas injetáveis (UDI), com significativo sucesso. Com o mesmo propósito, foi adotada pelo PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS do Ministério da Saúde brasileiro, a partir de 1994¹⁷. Talvez por isto, uma de suas práticas mais conhecidas seja a troca das seringas utilizadas (em injeções de heroína e cocaína) por seringas novas, sob o patrocínio das próprias autoridades sanitárias¹⁸.

Mas também são parte desta estratégia as *terapias substitutivas*, que propõem, no processo de cuidado, a troca de algumas substâncias por outras, cujos danos sejam avaliados como menores - por exemplo, a substituição de heroína por metadona¹⁹, ou de crack por maconha; ou ainda, o uso de benzodiazepínicos²⁰ para o controle da abstinência alcoólica.

Algumas práticas de RD visam ainda promover a cidadania dos usuários compulsivos de drogas - em particular, os mais vulneráveis – no sentido de leva-los a reconhecerem a si próprios como sujeitos de direitos. Conforme posto por seus próprios praticantes,

“As estratégias de redução de danos são voltadas para qualquer cidadão, desde aquele que ainda não experimentou drogas, até aquele com uso problemático. No entanto, em geral, as abordagens têm como prioridade, populações em contextos de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade de uma pessoa não fica restrita a um determinado comportamento ou conduta, mas está relacionada ao ambiente em que se dá, e também ao contexto sociocultural. O aspecto social da vulnerabilidade se refere a possibilidade de acesso às informações e a capacidade de elaborá-las e incorporá-las nas práticas cotidianas, o que implica na oportunidade de acesso às informações, a recursos materiais e às instituições e serviços, assim como estar livre de estigmas e preconceitos” (Centro de Convivência *É de Lei*, s/d).²¹

A estratégia, portanto, engloba diferentes ações destinadas principalmente a mitigar prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras *drogas*. Seu diferencial consiste em não exigir, de saída, que o usuário se mantenha abstinente (Marlatt, 1999). Neste sentido, pretende ser uma proposta de *“cuidado para além das drogas”* (Centro de Convivência *É de Lei*, s/d)²², que procura engajar usuários num projeto de *autocuidado*. Seu método se apóia, sobretudo, no

¹⁷ Para um bom relato da história da RD no Brasil, ver Passos e Souza, 2011.

¹⁸ Estas doavam novas seringas aos usuários, desde que estes entregassem suas seringas usadas, e não as compartilhassem com outros usuários.

¹⁹ A metadona é uma substância sintética de efeitos analgésicos e psicoativos – estes últimos muito similares aos da heroína e da morfina. É utilizado, nas terapias de redução de danos, como substituto da heroína.

²⁰ Benzodiazepínicos são medicamentos com propriedades sedativas, ansiolíticas anticonvulsantes e de relaxamento muscular, amplamente prescritos e utilizados.

²¹ Centro de Convivência *É de Lei* (s/d, 1).

²² Centro de Convivência *É de Lei* (s/d, 2).

vínculo entre usuários e *Redutores de Danos* – pessoas conhecedoras de substâncias e de seus efeitos.

No Brasil, desde a incorporação da RD pelo programa de DST-AIDS pelo Ministério da Saúde, multiplicaram-se organizações não governamentais que praticam a redução de danos nas cenas abertas de uso de drogas (Passos e Paula Souza, 2011), que disseminam informações, ofertam insumos para o uso seguro de drogas²³ e, caso necessário, facilitam o acesso de usuários a serviços de saúde e assistência social²⁴. Um pressuposto deste modelo é que o acesso a cuidados de qualquer tipo, por pessoas que fazem uso problemático de drogas, favorece o autocuidado, a progressiva diminuição do consumo de substâncias e, até mesmo, a conquista da abstinência, se esta for desejada pelo usuário.

A RD é também considerada uma abordagem *humanista*, posto que não lança mão de quaisquer formas de coerção sobre os sujeitos que pretende cuidar, respeitando sua autonomia e a liberdade de escolha (Fiore, op. cit). Ademais, é considerada *pragmática* (Nadelman et al, 1997; O’Hare, 1994, *apud* Fiore, op. cit), na medida em que se admita que o uso de psicoativos tem estado historicamente entranhado na vida social (Escohatado, 1997); e que seu consumo não vai deixar de existir, a despeito de quaisquer leis (Acselrad, 2015)²⁵.

Desde o início dos anos 2000, a estratégia de Redução de Danos foi incorporada à “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” (MS, 2003)²⁶, na esteira da Reforma Psiquiátrica, instituída nos serviços públicos de saúde mental brasileiros, desde 2001²⁷.

Esta Reforma visou alterar o modelo de cuidado às pessoas com sofrimentos psíquicos, pela substituição dos antigos hospitais e manicômios psiquiátricos por serviços de atenção integral, em instituições menores e abertas, próximas aos locais de residência e circulação aos seus usuários. Entre seus objetivos estava a conquista de um lugar social positivo e não

²³ Tais como seringas, para drogas injetáveis, canudos de silicone, para o uso de cocaína inalada, piteiras para o uso do crack, além de outras peças que mitigam ou previnem problemas de saúde decorrentes do uso de algumas drogas – como protetores labiais e até *camisinhas*.

²⁴ Caso de usuários de drogas em situação de rua e de vulnerabilidade social.

²⁵ Acselrad (2015) a justifica esta observação com base no fracasso da “guerra às drogas”: “O mundo fez uma aposta há cerca de 50 anos. Se toda a energia repressiva do mundo fosse canalizada para proibir as drogas, seria possível eliminar as drogas do mundo. Como toda a aposta, poderia ter dado certo ou errado. Deu errado.” (Acselrad, op. cit. Pág. 7)

²⁶ Portaria GM nº 816/2002 institui o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de Álcool e outras drogas”; Portaria MS/GM no 1.028, de 1o de julho de 2005, institui a Política Nacional de Redução de Danos

²⁷ Lei 10.216/2001.

segregado para os ditos *loucos* – ou seja, a sua desestigmatização. Nas palavras de um de seus expoentes,

A reforma psiquiátrica é o processo de transformação da mentalidade da sociedade em relação ao transtorno mental. Implica na mudança de um modelo assistencial – que hoje é predominantemente de segregação – para um modelo de inclusão e de participação territorial. Mas não é só isso. Mais do que a mudança desse modelo, é preciso também uma mudança de mentalidade: as pessoas têm que entender de outra maneira o que é o sofrimento, o que é a loucura, o que é o transtorno mental e conviver com esses sujeitos de outra forma, com uma abordagem solidária e inclusiva. (Amarante in ABRASCO, 2016).

Estas proposições inspiraram-se em experiências e movimentos com propósitos semelhantes, ocorridos desde o pós-guerra, na Europa e nos Estados Unidos²⁸. Desde então, questionava-se profundamente o paradigma *hospitalocêntrico* dos tratamentos psiquiátricos: o recolhimento dos pacientes a grandes asilos (institucionalização), seu isolamento social e comunitário, sua excessiva medicalização e a destituição de seus direitos civis - enfim, o seu apagamento da vida social.

Priorizando o cuidado em liberdade, fora dos muros de uma *instituição total* (Goffman, 2005), a Reforma Psiquiátrica pretendeu também incorporar outros saberes, além do biomédico, ao repertório diagnóstico e terapêutico do campo da saúde mental, reconhecendo que as diversas formas de sofrimento psíquico não se originam apenas no indivíduo - numa suposta disfunção do seu organismo; e que processos psíquicos são atravessados pelo contexto social em que se forjam os diferentes sujeitos. Assim sendo, instituiu a clínica *psicossocial*, que propunha ainda o fim da hegemonia médica no campo da saúde mental, em favor de uma clínica multiprofissional. A Reforma Psiquiátrica previa também a maior participação dos pacientes – agora denominados “*usuários dos serviços de saúde*” – nas decisões sobre seu tratamento, e sobre os rumos dos próprios serviços de atenção e cuidado em saúde.

Assim, a partir da Lei 10.216/2001, o cuidado em saúde mental ofertado pelo SUS passou a se dar, na maioria dos casos, em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos

²⁸ a *psiquiatria de setor* e a *psicoterapia institucional* francesas; a *psiquiatria comunitária* americana; a *antipsiquiatria* inglesa; e a *psiquiatria democrática italiana*, e o *movimento das comunidades terapêuticas* na Inglaterra. Cujo nome viria a ser adotado mais tarde pelas instituições de cuidado a usuários de drogas, objeto do presente livro; mas que guardam poucas características em comum com as CTs originais. Sobre este conjunto de experimentos, ver Amarante (2002; 2000); Birman e Costa (2002/1976).

(SRTs). Estes últimos devem cumprir a função de abrigo para aqueles que, em sofrimento psíquico, não dispõem de residências próprias ou de familiares que possam acolhê-los. Nestas residências, junto a outros sujeitos em situações semelhantes, os sujeitos diagnosticados com transtornos mentais vivem um cotidiano comum, tomando decisões e realizando, por si próprios, tarefas de sua vida diária, e sob o acompanhamento de equipes multiprofissionais de saúde mental. Os CAPS, por seu turno, são serviços em que toda a população tem acesso a cuidados em saúde mental, tais como consultas com psiquiatras e psicólogos, além de um conjunto de atividades terapêuticas, como oficinas, terapias de grupo, atividades de lazer, entre outros.

A abordagem psicossocial concorria, não só para a melhoria da saúde mental dos pacientes, mas para a sua inserção social e comunitária, como sujeitos de direitos. Desde 2011, o Ministério da Saúde instituiu as REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS, em que os CAPS figuram como principal equipamento, mas, agora, articulados a outros serviços do sistema de saúde, como os de Atenção Básica; de Urgência e Emergência; de Atenção Residencial de Caráter Transitório; de Atenção Hospitalar; e de Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (BRASIL/MS, 2011).

Para o caso específico de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, política de saúde mental passou a oferecer, desde 2003, os CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - CAPS AD, moldados sob os mesmos princípios do CAPS comum, e com as mesmas articulações²⁹. Nestes serviços, preconiza-se igualmente o tratamento em liberdade, assim como a atenção integral e intersetorial aos pacientes. Abolem-se, também, as medidas coercitivas sobre estes, que devem ser substituídas por *acordos, contratos e vínculos* estreitos entre cuidadores e sua clientela (BRASIL/MS, 2003).

Ao lado da atenção psicossocial, a *redução de danos* foi adotada pela política de saúde para usuários de álcool e drogas, como uma “lógica” do cuidado, que deve orientar as diversas intervenções. Isto significa, entre outras coisas, que a abstinência deixa de ser uma condição para ingresso ao tratamento, ou o seu único fim, tornando-se *uma das possibilidades* no horizonte dos pacientes. Como coloca Ferreira (2017),

O trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e escolhas individuais, e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. Mas, principalmente, de defesa e

²⁹ Ver a Política do Ministério da Saúde para Álcool e Drogas”, já citada.

“ampliação” da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da autorregulação e autonomia (Ferreira, op. cit., pág. 55).

Embora a *redução de danos* esteja inscrita no modelo oficial de cuidados em álcool e drogas ofertados pelo SUS, alguns autores observam que ela não se estabeleceu de forma hegemônica na clínica das adicções, nem nos próprios serviços públicos (Ramôa, 2005; Worcman e Morganti, 2017). Além disso, o próprio significado da expressão *redução de danos* permanece sendo objeto de disputas (Fiore, 2006; Ferreira, 2017), o que evidencia a perenidade do dissenso em torno dos modelos terapêuticos e sua ligação inextricável com a disputa maior, sobre o *estatuto social* das drogas, como aqui tenho tentado argumentar.

Por outro lado, no que se refere à *abordagem psicossocial*, cabe assinalar que as Comunidades Terapêuticas brasileiras também reivindicam esta qualificação para seu modelo de cuidados, mesmo que o mesmo implique no isolamento social e na manutenção da abstinência como condição para o tratamento (Kurlander, 2014). Segundo representantes destas instituições e defensores de seu modelo, a abordagem psicossocial seria inerente ao projeto das CTs, de “tratar do sujeito por inteiro”.

De fato, há algo de psicossocial do modelo das CTs, como mostram diversos capítulos deste livro. Contudo, há diferenças marcantes entre as estratégias dos CAPS-AD e as tecnologias mobilizadas pelas CTs – como, por exemplo, a abstinência como condição do tratamento e o isolamento social. Talvez se possa dizer que as diferenças mais relevantes entre estes dois modelos se explicitam em três dimensões, quais sejam: 1) a *noção de pessoa* (Mauss, 2003), de que partem cada um desses modelos, no que se refere aos usuários de *drogas*; 2) os meios pelos quais cada modelo busca cuidar desses sujeitos *“como um todo”*; e 3) os fins para os quais se orientam cada uma destas formas de cuidado.

Ao perceberem usuários de drogas como pessoas *doentes, imorais e delinquentes*, as Comunidades Terapêuticas consideram imperativo, não só colocá-los em abstinência, mas *educá-los*, ou *reeducá-los*, para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia se faz - como se pode constatar a partir de nossas e outras pesquisas - por esforços de convencimento dos sujeitos, de que o uso *drogas* é reprovável, porque são substâncias nocivas à saúde, que distorcem o discernimento dos usuários e os transforma em desviantes morais e jurídicos. As formas de convencimento adotadas nas CTs, por sua vez, se dão pelo proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas valorizadas pela instituição, e pela tentativa de introjeção, no sujeito, de novos atos e rotinas³⁰. Esta pedagogia parece visar, principalmente, inculcar nos

³⁰ Ver especialmente os capítulos de Loeck, e o de Canônico, Nunes e Santos, nesta publicação.

sujeitos um novo *habitus* (Bourdieu, 2000) e um código moral, ambos ancorados nos valores do trabalho, da disciplina, da família e da religião).

Nos CAPS AD, por outro lado, espera-se que eventuais transformações subjetivas ocorram a partir da incursão dos pacientes num processo autônomo de autocuidado, que, no entanto, não tem prazo fixo para ser concluído. Aqui, o uso (compulsivo ou não) de drogas é compreendido como parte integrante dos sujeitos, que precisa ser considerado como parte de sua história singular. A abstinência não precisa ser alcançada a qualquer custo, mas como resultado de um processo de autoconhecimento, mediado por terapeutas dispostos a uma escuta qualificada, despida de dogmas e preconceitos.

“Ao contrário da supressão dos sintomas como meta final e principal, busca-se promover um reposicionamento do sujeito, uma implicação subjetiva e sociocultural. Sua ética pauta-se na perspectiva da singularização, horizontalização e interlocução” (Ferreira, 2017, pág. 57).

As CTs esperam que os novos sujeitos produzidos por elas correspondam a um modelo moral pré-estabelecido - o de pessoas produtivas, disciplinadas e tementes a Deus. Do mesmo modo, nutrem a convicção de que os meios para tal mudança são invariavelmente os mesmos, para toda e qualquer pessoa que apresente problemas relacionados ao uso de drogas. No modelo preconizado pelos CAPS AD, eventuais mudanças em seus clientes não têm direção pré-definida, nem modelo moral a ser seguido. Do mesmo modo, não se advogam meios padronizados e *infallíveis* para a cura, mas estratégias que variam, em função das condições psicossociais de cada paciente e de sua trajetória terapêutica singular.

3. Eventos recentes e desafios da política brasileira de atenção a usuários de drogas

A disputa interinstitucional entre estes modelos de cuidado tem crescido nos últimos anos e ganhou grande visibilidade após o lançamento do programa *“Crack, é possível Vencer”*, em 2011, que deu início à efetiva transferência de recursos às CTs pelo Governo Federal, prevista na Lei de Drogas. A partir deste fato, e das críticas que ele suscitou, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD trabalhou, por mais de um ano, na elaboração de um conjunto de normas disciplinadoras das CTs, especialmente daquelas que viessem a se candidatar ao financiamento público federal. Tais normas versavam sobre as condições em que poderiam ser realizados o isolamento social (voluntariamente); a laborterapia (observando-se os direitos trabalhistas até então assegurados em Lei); as práticas religiosas (garantindo-se aos internos a liberdade de credo), entre outras. As diversas regras foram consolidadas no MARCO REGULATÓRIO

DAS CTs (Resolução no. 1 do CONAD), publicado em agosto de 2015. Até então, as únicas normas impostas pelo Estado às CTs tratavam, principalmente, das condições sanitárias mínimas necessárias ao funcionamento destas instituições - as resoluções da ANVISA RDC 101/2001 e RDC 29/2011 (esta última, em substituição à primeira).

A Resolução do CONAD de 2015, contudo, teve seus efeitos suspensos por medida liminar, concedida pela 2ª Vara Federal de São Paulo, em 4 de agosto de 2016, a pedido do Ministério Público Federal- mais precisamente, da Procuradoria Regional de Defesa do Cidadão de São Paulo (PRDC). O autor da liminar considerou que as Comunidades Terapêuticas não poderiam ser regulamentadas pelo CONAD, que é órgão do Ministério da Justiça, posto que elas seriam equipamentos de *saúde*, devendo, portanto, ser disciplinadas somente pelo Ministério da Saúde.

O questionamento judicial da Resolução 1/2015 foi apoiada por diversas organizações da sociedade civil e pelos conselhos profissionais de Psicologia e de Serviço Social, que consideravam a Resolução insuficiente, uma vez que: não exige a presença de profissionais de saúde capacitados e devidamente credenciados, na gestão das CTs; não atribui a nenhum órgão público a competência para fiscalizar o cumprimento da própria Resolução; além de não especificar as formas de articulação entre CTs e o sistema de saúde, para fins de prestação de atenção integral à saúde das pessoas internadas em CTs (PBPD, 2018). Uma das grandes preocupações destes atores, com relação ao cuidado em Comunidades Terapêuticas advinha das denúncias sobre violações de direitos, nestas instituições, identificadas em inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público e Mecanismo Nacional de Prevenção da Tortura, do Ministério da Justiça (CFP, 2011).

Esta mesma liminar foi “derrubada”, mais de um ano depois, pelo Tribunal Federal da 3ª Região (São Paulo), e o julgamento final da ação foi concluído em 19 de junho de 2018, mantendo a validade da Resolução CONAD 1/2015.

Durante o curso desta batalha judicial, o governo federal brasileiro mudaria de mãos, em função do *impeachment* sofrido pela então presidente da República, em maio de 2016. Esta mudança favoreceu ao fortalecimento político dos grupos contrários à política de saúde mental em vigor, e as novas autoridades, desde logo, anunciaram seu propósito de realizar uma “*Reforma da Reforma Psiquiátrica*” vigente desde 2001 (Laranjeira, 2017). Dentre as medidas tomadas nesta direção, destacam-se a revisão das diretrizes do Ministério da Saúde sobre internações psiquiátricas hospitalares; e a primazia da abstinência como estratégia de cuidado a usuários de drogas.

No que se refere às internações psiquiátricas hospitalares, a política de saúde mental, desde 2001, previa a crescente desativação dos leitos em hospitais psiquiátricos, e a concentração dos cuidados em serviços abertos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial. Nos casos em que a internação fosse indispensável³¹, ela deveria ser de curta permanência (por até 3 meses), em hospitais gerais. Nesse sentido, a portaria do Ministério da Saúde que institucionalizou a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, em 2011, não previu a participação dos hospitais psiquiátricos nesta Rede³². Não obstante, em dezembro de 2017, a nova equipe do Ministério da Saúde aprovaria resolução na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, incluindo novamente estes hospitais como “ponto de atenção da RAPS”³³.

Além disso, desde 2009, o Ministério da Saúde, escalonara o valor das diárias, pagas à rede privada de hospitais psiquiátricos, em valores inversamente proporcionais à quantidade de leitos existentes nos mesmos. Assim, hospitais menores (com menos de 400 leitos) recebiam valores maiores do que aqueles com mais de 400 leitos. O objetivo desta medida era reduzir as longas internações em hospitais psiquiátricos de grande porte, a fim de que estes não se convertessem em novos grandes manicômios, como os que haviam no passado³⁴.

Em reação a esta política, a nova gestão do Ministério da Saúde, iniciada após o *impeachment* de 2016, decidiu, em 2018, reajustar em 60% o valor das diárias hospitalares, tanto relativas a internações psiquiátricas por períodos superiores a 90 dias; quanto para *reinternações* ocorridas após menos de 30 dias da alta³⁵. Tal medida configura-se como claro estímulo às longas e sucessivas internações, na contramão do que vinha sendo feito até então.

O CONAD, por sua vez, agora com alguns novos integrantes indicados pelo governo que se iniciava, baixaria uma nova resolução em março de 2018 (Resolução 1, de 2018)³⁶, determinando a primazia da **promoção da abstinência** como estratégia de cuidado a usuários de drogas (Art. 1º. Inciso III) – em franca contradição com as premissas da *Política do Ministério*

³¹ Caso em que o portador de sofrimento psíquico coloque em risco a própria vida ou a vida de terceiros. Ver Lei 10.216/2001.

³² Portaria MS/GM 3088, de 2011.

³³ RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Disponível em:

http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx

³⁴ Ver Jornal “Folha de São Paulo. 28/08/2018. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>. Entre os grandes manicômios do passado, de triste memória, destacam-se a Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, o Juquerí em São Paulo; e a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Em seus áureos tempos, esta última chegou a abrigar 6.000 (seis mil) pacientes.

³⁵ Idem.

³⁶ CONAD, 2018.

da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003 (BRASIL/MS, 2003)

O avanço desta agenda de (*contra*) reformas das políticas de saúde mental – nelas incluídas as estratégias de atenção a usuários de drogas - impõe grandes preocupações. Primeiramente, porque as medidas adotadas propiciam a retomada das internações de longa permanência, tecnologia de cuidado já amplamente criticada e superada pela comunidade internacional, inclusive a Organização Mundial de Saúde. No que toca especificamente aos cuidados a usuários de drogas, cabe registrar que não há base científica para se afirmar que as estratégias de promoção da abstinência sejam superiores, em termos de eficácia, do que quaisquer outras.

A literatura científica internacional não é conclusiva, no que diz respeito à superioridade de qualquer modelo de cuidado a usuários de drogas sobre outros. Estudos clínicos indicam que as taxas médias de recaída (interrupção da abstinência), após um ano de finalização de qualquer tipo de tratamento para o uso problemático de drogas, estão na faixa de 60% a 70%. O percentual pode variar de uma droga para outra, mas permanece sempre dentro deste intervalo (Silverman et al, 2002)³⁷. Atenta a estes achados, a *Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas* (CICAD), vinculada à *Organização Pan-americana de Saúde* (OPAS), recomenda que os Estados garantam uma oferta ampla e plural de modelos de tratamento; que realizem avaliações sistemáticas sobre os resultados de cada um; e que favoreçam as pesquisas e ensaios científicos para o seu aperfeiçoamento (CICAD/OPAS, 1999). Especificamente quanto às Comunidades Terapêuticas, os estudos também não têm demonstrado que a efetividade de seu modelo de cuidado seja maior do que os demais (Smith et al., 2008; Vanderplasschen et al, 2013).

Outro ponto a ser considerado é que muitas das pessoas que buscam tratamento para o uso problemático de álcool e outras drogas, o fazem mais de uma vez durante a vida, dados os vários episódios de recaída que experimentam, conforme identificado pelas pesquisas. Neste percurso, recorrem às mais diversas modalidades de atenção, sejam elas pautados ou não na internação, na abstinência e/ou na lógica da redução de danos. Sua escolha tende a ser quase sempre condicionada pela efetiva disponibilidade dos serviços, no momento da busca; e por sua percepção, em cada circunstância, sobre que serviço pode melhor atender às suas demandas

³⁷ Esta taxa foi extraída de um conjunto de estudos, configurando-se assim numa média das médias encontradas por estes. Ver Silverman et al, 2002.

imediatas³⁸. Assim sendo – e dando o devido crédito às evidências científicas que demonstram não haver tratamento que seja universalmente eficaz e *infalível* – a pluralidade na oferta de modelos de cuidado é essencial.

Por outro lado, é crucial que cada modelo e cada estratégia seja sistematicamente monitorada e avaliada pelas autoridades sanitárias. Do mesmo modo, é indispensável que os serviços prestados à população – sejam eles providos diretamente pelo poder público, sejam por organizações da sociedade civil, como as CTs, submetam-se a fiscalização regular e frequente, pelos diversos órgãos do Estado competentes para tanto – o Ministério Público, os Conselhos Profissionais, os conselhos participativos de políticas públicas, entre outros. Para tanto, regras claras e abrangentes precisam ser instituídas.

Como venho argumentando ao longo deste texto, a disputa em torno dos modelos de cuidado a usuários de álcool e drogas está associada a divergências mais profundas (de natureza científica, moral e política), relativas ao *estatuto social das drogas*. Há que se reconhecer, contudo, que isto não é uma particularidade do Brasil. Diversos outros países e sociedades têm buscado, e até conseguido, nos últimos anos, organizar o dissenso e promover a convivência entre as distintas perspectivas sobre este tema. O sucesso desta linha de ação, contudo, depende da disposição dos atores para a negociação; e, fundamentalmente, do compromisso do Estado e seus agentes, no sentido de resistirem a apelos demagógicos e a pressões autoritárias.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2016). Entrevista de Paulo Amarante à Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/outros-eventos/plataforma-brasileira-de-politica-de-drogas-celebra-luta-antimanicomial/17872/>

AMARANTE, Paulo (2002). *“Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica”*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2a. reimpressão.

_____ (coord) (2000). *“Loucos pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil”*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2ª. Edição.

³⁸ Esta informação se baseia nos primeiros dados de pesquisa que estamos iniciando junto aos CAPS AD do Distrito Federal ,

_____ (org) (2000). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection. 316 p. ISBN 978-85-7541-319-7. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. No. 5 (DSM-5). Porto Alegre: Associação Brasileira de Psiquiatria e Artmed.

BERK, Leah R. (2004). *Temperance and Prohibition Era Propaganda: a study in rhetoric*. Written in partial fulfillment of requirements for UC 116: Drug and Alcohol Addiction in the American Consciousness (Professor David Lewis — Fall 2004). In **Alcohol, Temperance & Prohibition**. Brown University Library Center for Digital Scholarship. Disponível em: <https://library.brown.edu/cds/temperance/essay.html>

BIRMAN, Joel e COSTA, Jurandir Freire (2002/1976). “*Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*”. II Congresso de Psicopatologia Infanto-juvenil da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - APPIA. RJ, 1976. In AMARANTE, 2001, op. cit.

BOURDIEU, Pierre (2000). *Outline of a Theory of Practice*. London, Cambridge university press.

BRASIL (2001). Lei 10.216. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Lei da Reforma Psiquiátrica)*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html

BRASIL (2006). *Lei 11343 de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas)*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). Portaria nº 3088, de 26 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BUCHER, Richard and OLIVEIRA, Sandra R.M.. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.28, n.2, pp.137-145. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000200008>.

CARLINI, E. (2002) - *I Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, (s/d, 1) *Redução de danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas*. Sítio da Internet. Disponível em: <http://edelei.org/pag/reducao-danos>.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI (s/d, 2). *Cartilha do redutor e da redutora de danos*. Disponível em: <http://edelei.org/pag/reducao-danos>.

CICAD - COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS.CICAD/OEA; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPAS/OMS (1999). *Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas. Una experiencia en las Américas*. Disponível em: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/pa/Doc%2027%20-%20Normas%20m%C3%ADnimas%20OEA.pdf

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

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (2015). **Resolução 1**. *Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas*. Disponível em: https://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (2018). *Resolução 1. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002*. Disponível em: <http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/resolucacnad1>

COOPER, David (1967). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Ed. Perspectiva.

DROGAS ILÍCITAS CMPA (2012). Blog. Disponível em: <http://drogasilicitascmpa2012.blogspot.com.br/2012/08/consequencias-das-drogas-na-sociedade-e.html>

ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. S/d. Temperance Movement – social history. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/temperance-movement>.

ESCOHATADO, A. (1997). *O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis Ed.

FERREIRA, Iara Flor R. (2017). *Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília – IP/UnB.

FIORE, Maurício (2006). *Uso de “Drogas”: controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado de Letras.

GOFFMAN, Erving. (2005) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA (2017). *Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras*. Nota Técnica 21, da Diretoria de Estudos e Políticas sobre o Estado, as Instituições e a Democracia (DIEST). Brasília. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865

JUCÁ, Vlândia J.S. (2005). *A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico*. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3): 771-779.

KURLANDER, Pablo A. (2014) *A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?* *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):569-580.

LARANJEIRA, Ronaldo (2017). *A segunda reforma psiquiátrica*. *Jornal Folha de São Paulo (Opinião)*. Edição de 24/12/2017. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2017/12/1945632-a-segunda-reforma-psiquiatrica.shtml>

LEVINE, Harry G. (1978). *The Discovery of addiction – changing conceptions of habitual drunkenness in America*. *Journal of Studies on Alcohol*. N. 15.

MANIFESTO DE SÃO JOÃO DEL REI-BRASIL EM PROL DE UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA. (2011) *No pé da Política - Um blog para a discussão das Políticas Públicas em Saúde Mental e Educação*. Universidade Federal de São João Del Rey/ FAPEMIG. Disponível em: <http://politicanupep.blogspot.com.br/2011/08/aproveitando-ocasio-da-publicacao.html>

MANIFESTO POR UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA NÃO ESTATÍSTICA. (2013) *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 361-372, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000300001&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000300001>.

MARLATT, G.A. (1999). *Redução de danos no mundo: uma breve história*. In G. A. Marlatt (Org.), *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

MAUSS, Marcel (2003) *Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa e a de “eu”*. In: _____. *Sociologia e Antropologia* (pp.369-397). São Paulo, Cosacnaify.

PASSOS, Eduardo; e PAULA SOUZA, Tadeu (2011). *Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. *Psicologia e Sociedade*, vol.23, no. 1, janeiro-abril, pág. 154-162. Associação Brasileira de Psicologia Social, Minas Gerais.

POLICARPO, Frederico (2016). *O consumo de drogas e seus controles. Uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de São Francisco, EUA*. Rio de Janeiro: Consequência.

OLIVENSTEIN, Claude; Parada, Carlos (2005). *Droga, adolescentes, sociedade*. São Paulo: Ed. Loyola.

OLIVENSTEIN, Claude (org. 1990). *A clínica do toxicômano. A falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

OLIVENSTEIN, Claude (1988). *A Droga*. São Paulo: Brasiliense.

OLIVENSTEIN, Claude (1985). *O Destino do Toxicômano*. São Paulo: Almed.

RUSH, Benjamin (1812). *Medical Inquires and Observations upon the diseases of the mind*. Philadelphia: Kimber and Richardson. Disponível em: <https://archive.org/stream/medicalinquiries1812rush#page/n7>

_____ (1811). *The effects of ardent spirit upon man*. New-York : Printed for Cornelius Davis. Disponível em: <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-2569025R-bk#page/1/mode/thumb>

SILVA, Vera Lúcia O. (2013) *Stop DSM*. In: Iátrico (Conselho Regional de Medicina do Paraná). n. 32, pág. 64-67. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/iatrico/article/viewFile/387/378>

SILVERMAN, Kenneth; SVIKIS, Dace; WONG, Conrad J.; HAMPTON, Jacqueline; STITZER, Maxine L.; and BIGELOW, George E. (2002). *A Reinforcement-Based Therapeutic Workplace for the Treatment of Drug Abuse: Three-Year Abstinence Outcomes*. Experimental and Clinical Psychopharmacology. American Psychological Association, Inc., Vol. 10, No. 3, 228–240

VARGAS, Eduardo V. (2001). Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”. Tese de doutorado em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VAISSMAN, Magda; RAMÔA, Marise; SERRA, Artemis S.V. (2008). *Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 1/. 32. n. 78/79/80, p. 121-132, jan.dez.

VELHO, Gilberto (1981). *Dois categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea*. In Velho(1981), **Individualismo e Cultura**. Rio de Janeiro: Zahar.

VELHO, Gilberto (1998). *Nobres e anjos – um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: FGV.

WORCMAN, Nicola e MORGANTI, Rafael (2017). *O proibicionismo introjetado*. Trabalho apresentado ao VI Congresso Internacional da Associação Brasileira Multidisciplinar de Drogas. Belo Horizonte: PUC Minas Gerais.

ZINBERG, Norman E. (1984) - *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

ZINBERG, Norman E. (1980). *The social setting as a control mechanism in intoxicant use*. In: LETTIERI, D.J. et al.: **Theories in Drug Abuse: selected contemporary perspectives**. Maryland: NIDA.