

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A DISPUTA SOBRE MODELOS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL

Maria Paula Gomes dos Santos

1 INTRODUÇÃO

Do ponto de vista da análise de políticas públicas, os estudos sobre comunidades terapêuticas (CTs) ganham relevância em função da incorporação dessas instituições, pelo Estado brasileiro, à oferta pública de cuidados a usuários de drogas. A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 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” (Brasil, 2006, art. 3º, I) 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 dessa lei, essas instituições, para cumprir tal função, tornaram-se elegíveis a subsídios públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros (*op. cit.*, art. 24).

Esse arranjo poderia ter, a princípio, a virtude de ampliar e diversificar a oferta de cuidados gratuitos para usuários de drogas que deles necessitassem. Sua implementação, contudo, acabou por amplificar uma disputa, que já não era nova, em torno dos modelos de cuidado a essas pessoas. Essa 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 CTs na rede de atenção a usuários de drogas (com financiamentos governamentais); de outro, aqueles que desaprovam essa participação e o financiamento público dessas instituições, por entenderem que elas violam os princípios da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas* (Brasil, 2003). Vale dizer que, além de dissensos sobre aspectos clínicos do cuidado a usuários de drogas, essa disputa envolve controvérsias científicas, morais e simbólicas.

Assim sendo, procuro neste texto analisar os termos dessa 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 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). Nesse sentido, pretendo argumentar que as preferências quanto a modelos de cuidado a usuários de substâncias psicoativas (SPAs) estão diretamente associadas aos diferentes sentidos – morais, simbólicos e políticos – atribuídos pelos diversos grupos sociais a essas substâncias e ao seu uso; e que, considerando a diversidade de perspectivas presentes na sociedade brasileira (tal como em muitas outras), 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 instituições –,¹ que indica um conjunto de SPAs, de uso proscrito por lei, tais como a maconha, a cocaína, o *crack*, o LSD, a heroína, além de outras menos comuns entre nós.

2 O DEBATE EM TORNO DO ESTATUTO SOCIAL DAS DROGAS, DOS SEUS EFEITOS E DOS SEUS USUÁRIOS

Como é sabido, a proscrição legal de determinadas substâncias deriva, primeiramente, da atribuição a elas, dada por portadores de argumentos médicos, de um caráter *nocivo* para a saúde dos indivíduos. Como coloca Fiore (2006, p. 41), “o significado ou estatuto social do uso de ‘drogas’ é fundamentalmente, ainda que não apenas, medicalizado”.² Além de um risco à saúde, o consumo de SPAs e o desfrute dos seus efeitos têm sido, desde muito tempo, objetos de censura moral. Nos Estados Unidos, segundo Levine (1978), a embriaguez já incomodava o clero puritano do final do século XVIII, que tratava essa prática como pecado (Levine, 1978, p. 4). No século XIX, a ideia de perda de controle sobre a vontade de beber viria a ser descrita como doença, nos trabalhos de Rush³ (1810 *apud* Levine, 1978), e consolidada como problema moral pelos *Movimentos da Temperança*⁴ – 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 (1811) preocupava-se principalmente com a ingestão de bebidas destiladas, às quais atribuía o poder de, progressivamente, tornar seus bebedores *adictos*. Segundo Levine, ele teria sido pioneiro não só na identificação dessa relação

1. No Brasil, temos o Conselho Nacional de Drogas e a Secretaria Nacional de Drogas, que se ocupam das políticas relativas especificamente a essas substâncias.

2. Ver Velho (1998), Vargas (2001), Fiore (2006) e 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).

4. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/temperance-movement>>.

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, 1978, p. 8). Segundo Berk (2004), os argumentos de Rush contra a ingestão de bebidas alcoólicas destiladas eram tanto científicos quanto morais. Para ele, o uso dessas substâncias poderia levar os sujeitos a cometerem fraudes, roubos e assassinatos (Berk, 2004, p. 1).

Os *Movimentos da Temperança*, por sua vez, organizaram-se a partir da sociedade civil, em diversos países (Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Escócia e Escandinávia), desde meados do século XIX. Justificados pelos trabalhos de Rush (Levine, 1978), esses movimentos também condenavam o uso dos *ardent spirits*,⁵ no que eram apoiados por igrejas protestantes e evangélicas. Segundo Berk, a retórica desses movimentos, ao menos nos Estados Unidos, teria sido mais eficaz 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, 2004, p. 10). Essas seriam as origens do paradigma segundo o qual o uso de determinadas SPAs provoca, necessariamente, um desejo incontrollável e sempre renovado de voltar a consumi-las – descrito, em termos médicos, como uma doença, depois designada dependência química.⁶

Segundo as descrições que se popularizaram (não só no meio médico), essa doença, além de afetar a saúde do indivíduo, teria impactos sociais devastadores. Primeiramente, porque os efeitos dessas 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 pretendessem 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, sem 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

5. Bebidas alcoólicas destiladas.

6. Vale notar que, ao longo do tempo, a denominação dessa doença sofreu algumas alterações no *Manual Estatístico de Desordens Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)*, da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA). Na última edição desse manual (quinta edição), a denominação adotada é “transtornos por uso de substâncias”, considerada mais abrangente (APA, 2014).

de drogas se envolvem em crimes, tais como narcotráfico e homicídios, tornam-se vítimas de violência, além de estarem sujeitos a outros perigos, como DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e gravidez indesejável.⁷

Segundo essa lógica, as chamadas drogas são percebidas como “um mal em si” mesmas (Bucher e Oliveira, 1994): entes com capacidade de agência própria (Policarpo, 2016), independentemente 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.

Essa 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 SPAs.⁸ Do mesmo modo, tem balizado certas metodologias de cuidado a dependentes químicos, as quais consideram a abstinência de drogas a única conduta saudável para os seres humanos – que, portanto, deve ser exigida, a princípio, de todos aqueles que pretendem se tratar de tal doença. Vista como incurável, a dependência química marcaria o destino de seus portadores, demandando sua eterna vigilância.

Contudo, pelo menos desde os anos 1980, esse paradigma deixou de ser consenso entre médicos e outros profissionais que se dedicam à pesquisa e à clínica das adições.⁹ 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 etiologia¹⁰ dos transtornos mentais, do seu tratamento e da própria definição de cura nesses casos.

Em pesquisa de campo num ambulatório de saúde mental, Jucá (2005) 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, “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, 2005, p. 773).

O próprio DSM (APA, 2014), tido como referência internacional para a caracterização das patologias psiquiátricas,¹¹ nunca foi acolhido pacificamente e

7. Disponível em: <<http://drogasilicitascmpa2012.blogspot.com.br/2012/08/consequencias-das-drogas-na-sociedade-e.html>>.

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

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

10. 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 delas.

11. Lançado pela primeira vez em 1952, esse 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 quinta edição (DSM V).

unanimemente pela comunidade internacional. Sua última edição, por exemplo, foi recebida com muitas críticas.

A nova revisão do DSM 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 (Silva, 2013, p. 65).

Para os signatários do Manifesto de São João del-Rei, “os DSMs não são uma unanimidade epistêmica, apesar de sua pretensão de serem hegemônicos” (Manifesto..., 2011).

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.¹² Nesse 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 por Fiore (2006), há médicos que consideram ser possível haver modos de uso não nocivos dessas 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, 2006, p. 75).

Essa 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*, Zinberg (1984) argumenta que há formas distintas de uso de drogas, que variam em função do tipo de substância consumida e do modo de sua ingestão (*drug*); da subjetividade do usuário (o *set*); e do contexto social de uso (o *setting*). Isso explicaria, por exemplo, por que alguns indivíduos estabelecem relações de dependência com certas substâncias e não com outras; ou mesmo por que alguns usuários nunca se tornam dependentes.¹³

O entendimento de Olivenstein (1985; 1988; 1990) é semelhante. Autor de diversas obras sobre o tema,¹⁴ esse psiquiatra francês fundou, nos anos 1970, o Centre Médical Marmottan, em Paris, que se tornou referência mundial no tratamento do que se chamava então de toxicomania.¹⁵ Para ele, essa condição resultaria de interações dinâmicas entre o sujeito, a substância e o seu ambiente (social,

12. Ver nota 6, neste texto, e APA (2014, p. XVIII).

13. Para mais detalhes, ver Zingberg (1984).

14. Olivenstein e Parada (2005), Olivenstein (1985; 1988; 1990), entre outros.

15. Nos anos 1980, 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.

cultural, econômico e político), e o desenvolvimento de uma relação patológica com drogas seria determinado por desequilíbrios entre esses elementos. Por isso, Olivenstein recomendava que se considerassem as condições contextuais (sociais, culturais, econômicas e políticas) em que cada sujeito desenvolvera sua relação com determinadas drogas. Cada toxicômano representaria um caso singular – portanto, a clínica das toxicomanias deveria ancorar-se na escuta atenta dos pacientes, assim como na análise dos fenômenos bioquímicos provocados por certa 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 as usar, o sujeito, mesmo assim, se sentisse compelido a fazê-lo (Olivenstein, 1985; Fiore, 2006).

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 dessas 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 os contextos de uso, assim como para os comportamentos aditivos. Essa 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 desse prolífico campo acadêmico e clínico, de caráter multidisciplinar, que se têm nutrido diversas outras práticas de cuidado – inclusive aquelas que se realizam em condições de liberdade, isto é, sem a mediação da internação e do isolamento social. É dessa 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 deste século (Brasil, 2003).

3 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 sido expressas, recorrentemente, como uma oposição entre modelos calcados na abstinência *versus* modelos calcados na redução de danos. Desde já, cabe assinalar que essa 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 adições. 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.

Nesses modelos, incluem-se as práticas de grupos voluntários de ajuda mútua (como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos); o método Minesotta (praticado em algumas clínicas médicas brasileiras);¹⁶ e as próprias CTs. Esses 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 dirigente.¹⁷ A adoção dessas medidas sobre usuários de drogas é frequentemente justificada pelos argumentos da falta de controle dessas pessoas sobre a sua própria vontade, e também da distorção de suas percepções sobre a realidade, o que as tornaria incapazes de desfrutarem de liberdade e autonomia.

Em vertente diversa, coloca-se a RD, estratégia de saúde pública mais recente. Inicialmente, ela foi adotada em países europeus, nos anos 1980, com vistas ao controle da transmissão de HIV/aids, entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), com significativo sucesso. Com o mesmo propósito, foi adotada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, a partir de 1994.¹⁸ Talvez por isso, 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 sanitárias.¹⁹

Também são parte dessa 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 metadona,²⁰ ou do uso de benzodiazepínicos²¹ 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 levá-los a reconhecerem a si próprios como sujeitos de direitos. Conforme posto por seus próprios praticantes:

16. Esta abordagem terapêutica foi iniciada nos Estados Unidos, tendo sido difundida no Brasil nos anos 1980. Para mais detalhes, ver Vaissman, Ramôa e Serra (2008).

17. Essa descrição é compatível com o conceito de instituição total, apresentado por Goffman (2005). Sobre a classificação das CTs como instituições totais, ver o texto de Marco Natalino nesta publicação.

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

19. Eram doadas novas seringas aos usuários, desde que estes entregassem suas seringas usadas e não as compartilhassem com outros usuários.

20. A metadona é uma substância sintética de efeitos analgésicos e psicoativos – estes últimos muito similares aos da heroína e da morfina. É utilizada, nas terapias de RD, como substituta da heroína.

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

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 à possibilidade de acesso às informações e à capacidade de elaborá-las e incorporá-las nas práticas cotidianas, o que implica a oportunidade de acesso às informações, a recursos materiais e às instituições e aos serviços, assim como estar livre de estigmas e preconceitos” (O que é..., s.d.).

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). Nesse sentido, pretende ser uma proposta de “cuidado para além das drogas” (Centro de Convivência É de Lei, s.d.), que procura engajar usuários num projeto de autocuidado. Seu método se apoia, sobretudo, no 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 do MS, multiplicaram-se organizações não governamentais que praticam a RD nas cenas abertas de uso de drogas (Passos e Souza, 2011), que disseminam informações, ofertam insumos para o uso seguro de drogas²² e, caso necessário, facilitam o acesso de usuários a serviços de saúde e assistência social.²³ Um pressuposto desse 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 liberdade de escolha (Fiore, 2006). Ademais, é considerada *pragmática* (Nadelman *et al.*, 1997; O’Hare, 1994 *apud* Fiore, 2006), na medida em que admite 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).²⁴

22. 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.

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

24. Acselrad (2015) justifica essa 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, 2015, p. 7).

Desde o início dos anos 2000, a estratégia de RD foi incorporada à *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas* (Brasil, 2003),²⁵ na esteira da reforma psiquiátrica, instituída nos serviços públicos de saúde mental brasileiros, desde 2001 (Brasil, 2001).²⁶

Essa 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 de seus usuários. Entre seus objetivos estava a conquista de um lugar social positivo, e não segregado, para os ditos loucos – ou seja, a quebra de um estigma. 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 a 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 *apud* Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas, 2016).²⁷

Essas proposições inspiraram-se em experiências e movimentos com propósitos semelhantes, ocorridos desde o pós-guerra, na Europa e nos Estados Unidos.²⁸ 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

25. Portaria do MS nº 816, de 30 de abril de 2002, institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Alcool e Outras Drogas; Portaria, também do MS, nº 1.028, de 1ª de julho de 2005, institui a Política Nacional de Redução de Danos.

26. Lei nº 10.216/2001.

27. Esta citação foi retirada do *site* da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD). Disponível em: <<http://pbpd.org.br/pbpd-entrevista-paulo-amarante/>>.

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

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 nº 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 (SRTs). Estes últimos devem cumprir a função de abrigamento para aqueles que, em sofrimento psíquico, não dispõem de residências próprias ou de familiares que possam acolhê-los. Nessas 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, 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 outras.

A abordagem psicossocial concorreria 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 MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em que o CAPS figura como principal equipamento, mas, agora, articulado 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 reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Para o caso específico de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, a política de saúde mental passou a oferecer, desde 2003, os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), moldados sob os mesmos princípios do CAPS comum, e com as mesmas articulações. Nesses 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, 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. Isso significa, entre outras coisas, que a abstinência deixa de ser uma condição para o ingresso no tratamento, ou o seu único fim, tornando-se uma das possibilidades no horizonte dos pacientes. Segundo Ferreira (2017, p. 55):

o trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e das escolhas individuais e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. Mas, principalmente, de defesa e “ampliação” da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da autorregulação e autonomia.

Embora a RD 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 adições, nem nos próprios serviços públicos (Ramôa, 2012; 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.

No que se refere à abordagem psicossocial, cabe assinalar que as CTs brasileiras também reivindicam esta qualificação para seu modelo de cuidados, ainda que ele implique o isolamento social e a manutenção da abstinência como condição para o tratamento (Kurlander, 2014). Segundo representantes dessas 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 CAPSad e as tecnologias mobilizadas pelas CTs – como a abstinência como condição do tratamento e o isolamento social. Talvez se possa dizer que as diferenças mais relevantes entre esses dois modelos se explicitam em três dimensões, quais sejam: *i*) a noção de pessoa (Mauss, 2003), de que partem cada um desses modelos, no que se refere aos usuários de drogas; *ii*) os meios pelos quais cada modelo busca cuidar desses sujeitos como um todo; e *iii*) os fins para os quais se orientam cada uma dessas formas de cuidado.

Ao perceberem usuários de drogas como pessoas doentes, imorais e delinquentes, as CTs 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 de outras pesquisas – por esforços de convencimento dos sujeitos de que o uso de drogas é reprovável, porque são substâncias nocivas à saúde, que distorcem o discernimento dos usuários e os transformam em desviantes morais e jurídicos. As formas de convencimento adotadas nas CTs, por sua vez, dão-se pelo proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas valorizadas pela instituição e pela tentativa de introjeção, no sujeito, de novos atos e rotinas.²⁹ Essa pedagogia parece visar, principalmente, inculcar nos

29. Ver especialmente os capítulos de Canonico, Nunes e Santos e de Loeck – 3 e 4, respectivamente – 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 CAPSAd, 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, p. 57).

As CTs esperam que os novos sujeitos produzidos por elas correspondam a um modelo moral preestabelecido – 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 CAPSAd, eventuais mudanças em seus clientes não têm direção predefinida, nem modelo moral a ser seguido. Da mesma forma, não se advogam meios padronizados e infalíveis para a cura, mas estratégias que variam, em função das condições psicossociais de cada paciente e de sua trajetória terapêutica singular.

4 EVENTOS RECENTES E DESAFIOS DA POLÍTICA BRASILEIRA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS

A disputa interinstitucional entre os modelos de cuidado tem crescido nos últimos anos e ganhou grande visibilidade após o lançamento, em 2011, do programa Crack, É Possível Vencer, 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, especialmente para aquelas que viessem a se candidatar ao financiamento público federal. Essas 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 dessas instituições – as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDCs) da Anvisa nºs 101/2001 e 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 (PRDC) de São Paulo. O autor da liminar considerou que as CTs não poderiam ser regulamentadas pelo CONAD, que é órgão do Ministério da Justiça, já que elas seriam equipamentos de saúde, devendo, portanto, ser disciplinadas somente pelo MS.

O questionamento judicial da Resolução nº 1/2015 (Brasil, 2015) foi apoiado 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 as CTs e o sistema de saúde, para fins de prestação de atenção integral à saúde das pessoas internadas.³⁰ Uma das grandes preocupações desses atores, com relação ao cuidado em CTs, advinha das denúncias sobre violações de direitos nessas 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).

Essa 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 nº 1/2015.

Durante o curso dessa batalha judicial, o governo federal brasileiro mudaria de mãos, em função do *impeachment* sofrido pela então presidente da República, em maio de 2016. Essa mudança favoreceu o 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). Entre as medidas tomadas nessa direção, destacam-se a revisão das diretrizes do MS 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

30. Considerações técnicas da PBPD acerca da Resolução nº 1/2015 do CONAD. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2018/06/PBPD_CTs.pdf>.

de atenção psicossocial. Nos casos em que a internação fosse indispensável,³¹ ela deveria ser de curta permanência (por até três meses), em hospitais gerais. Nesse sentido, a portaria do MS que institucionalizou a RAPS, em 2011, não previu a participação dos hospitais psiquiátricos nessa rede.³² Não obstante, em dezembro de 2017, a nova equipe do MS aprovaria resolução na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), incluindo novamente esses hospitais como “ponto de atenção da RAPS”.³³

Além disso, desde 2009, o MS escalonara o valor das diárias, pagas à rede privada de hospitais psiquiátricos, em valores inversamente proporcionais à quantidade de leitos existentes neles. Assim, hospitais menores (com menos de quatrocentos leitos) recebiam valores maiores do que aqueles com mais de quatrocentos leitos. O objetivo dessa 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 havia no passado.³⁴

Em reação a essa política, a nova gestão do MS, iniciada após o *impeachment* de 2016, decidiu, em 2018, reajustar em 60% o valor das diárias hospitalares, tanto para internações psiquiátricas por períodos superiores a noventa dias quanto para reinternações ocorridas após menos de trinta dias da alta.³⁵ Essa 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 nº 1/2018),³⁶ determinando a primazia da promoção da abstinência como estratégia de cuidado a usuários de drogas (art. 1º, III) – em franca contradição com as premissas da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, de 2003 (Brasil, 2003).

O avanço dessa 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 OMS. No tocante

31. Caso em que o portador de sofrimento psíquico coloque em risco a própria vida ou a vida de terceiros. Ver Brasil (2001).

32. Ver Brasil (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. 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 Juqueri, em São Paulo, e a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Em seus áureos tempos, esta última chegou a abrigar 6 mil pacientes.

35. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>>.

36. Para mais informações, ver Brasil (2018).

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, 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 desse intervalo (Silverman *et al.*, 2002).³⁷ Atenta a esses 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; realizem avaliações sistemáticas sobre os resultados de cada um; e favoreçam as pesquisas e os ensaios científicos para o seu aperfeiçoamento (CICAD e OPAS, 1999). Especificamente quanto às CTs, os estudos também não têm demonstrado que a efetividade de seu modelo de cuidado seja maior que a dos demais (Smith, Gates e Foxcroft, 2006; Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Outro ponto a ser considerado é que muitas 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. Nesse percurso, recorrem às mais diversas modalidades de atenção, sejam elas pautadas ou não pela internação, abstinência e/ou lógica da RD. 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 imediatas.³⁸ 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.

É crucial que cada modelo e cada estratégia, por sua vez, sejam sistematicamente monitorados e avaliados pelas autoridades sanitárias. Do mesmo modo, é indispensável que os serviços prestados à população – sejam eles providos diretamente pelo poder público ou por organizações da sociedade civil, como as CTs – submetam-se à 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 isso, 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

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

38. Esta informação se baseia nos primeiros dados de pesquisa que estamos iniciando junto aos CAPSad do Distrito Federal.

profundas (de natureza científica, moral e política), relativas ao estatuto social das drogas. Há de se reconhecer, contudo, que isso 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 esse tema. O sucesso dessa linha de ação, no entanto, depende da disposição dos atores para a negociação e, fundamentalmente, do compromisso do Estado e de seus agentes, no sentido de resistirem a apelos demagógicos e a pressões autoritárias.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. **Quem tem medo de falar sobre drogas?:** saber mais para se proteger. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: APA; Artmed, 2014.

BERK, L. R. Temperance and prohibition era propaganda: a study in rhetoric. **Alcohol, Temperance & Prohibition**, 2004. Disponível em: <<https://library.brown.edu/cds/temperance/essay.html>>.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. *In*: CONGRESSO DE PSICOPATOLOGIA INFANTO-JUVENIL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA, 2., 1976, Rio de Janeiro. **Relatórios...** Rio de Janeiro: APPIA, 1976.

BOURDIEU, P. **Outline of a theory of practice.** London: Cambridge University Press, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Politica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten---o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>>.

_____. Lei nº 11.343 de, 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 24 ago. 2006. Seção 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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 (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 59, 30 dez. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

_____. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. 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. **Diário Oficial da União**, n. 165, p. 51, 28 ago. 2015. Seção 1. Disponível em: <https://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx>.

_____. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 49, p. 128, 13 mar. 2018. Seção 1. Disponível em: <<http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/resolucaonad1>>.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000200008>>.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. **Caderno do redutor e da redutora de danos**. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei, 2015. Disponível em: <http://edelei.org/_img/_banco_imagens/caderno-redutor-danos.pdf>.

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

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

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

FERREIRA, I. F. R. **Crack**: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

IORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

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

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

LARANJEIRA, R. A segunda reforma psiquiátrica. **Folha de São Paulo**, 24 dez. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/12/1945632-a-segunda-reforma-psiquiatica.shtml>>.

LEVINE, H. G. The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. **Journal of Studies on Alcohol**, n. 15, 1978.

MANIFESTO de São João del-Rei, Brasil, em prol de uma psicopatologia clínica. **No pé da política**: um blog para a discussão das políticas públicas em saúde mental e educação, 8 ago. 2011. Disponível em: <<http://politicanupep.blogspot.com.br/2011/08/aproveitando-ocasio-da-publicacao.html>>.

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

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa e a de “eu”. *In*: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosacnaify, 2003. p. 369-397.

NADELMAN, E. *et al.* Verbete harmful reduction. *In*: LOWINSON, J. H. **Substance abuse** – a comprehensive textbook. Baltimore: Williams e Wilkinz, 1997.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

POLICARPO, F. **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, 2016.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e ação prática. *In*: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVENSTEIN, C. **O destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.

_____. **A droga**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **A clínica do toxicômano: a falta da falta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

OLIVENSTEIN, C.; PARADA, C. **Droga, adolescentes, sociedade**. São Paulo: Editora Loyola, 2005.

O QUE É redução de danos. **Centro de Convivência É de Lei**, São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <<http://edelei.org/pag/reducao-danos>>.

RUSH, B. **Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind**. New York: Hafner, 1810. Disponível em: <<https://archive.org/stream/medicalinquiries1812rush#page/n7>>.

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

SILVA, V. L. O. Stop DSM! **Iátrico**, n. 32, p. 64-67, 2013. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/iatrico/article/viewFile/387/378>>.

SILVERMAN, K. *et al.* A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and clinical psychopharmacology*. **American Psychological Association**, v. 10, n. 3, p. 228-240, 2002.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 25 jan. 2006.

VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, A. S. V. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, p. 121-132, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773012>>.

VANDERPLASSCHEN, W. *et al.* Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. **The Scientific World Journal**, Egito, 2013.

VARGAS, E. V. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”**. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

VELHO, G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. *In*: VELHO, G. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

WORCMAN, N.; MORGANTI, R. O proibicionismo introjetado. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIDISCIPLINAR DE DROGAS, 6., Belo Horizonte, Minas Gerais. **Anais...** Belo Horizonte: PUC Minas, 2017.

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

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Plataforma Brasileira de Política de Drogas celebra luta antimanicomial**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 18 maio 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/outros-eventos/plataforma-brasileira-de-politica-de-drogas-celebra-luta-antimanicomial/17872/>>.

AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 316 p.

CARLINI, E. **I levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1967.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865>.

MANIFESTO por uma psicopatologia clínica não estatística. **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>.

ZINBERG, N. E. The social setting as a control mechanism in intoxicant use. *In*: LETTIERI, D. J. *et al.* **Theories in drug abuse: selected contemporary perspectives**. Maryland, United States: NIDA, 1980.