



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS COM HABILITAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS

ISABELA DE PAULA LIMA MENDES

**ESTRATÉGIAS NAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O USO INDEVIDO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
(PSR)**

GOIÂNIA
2019

ISABELA DE PAULA LIMA MENDES

**ESTRATÉGIAS NAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O USO INDEVIDO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
(PSR)**

Monografia apresentada como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho Final de Curso 2, da Faculdade de Ciências Sociais.

Orientadora: Prof. Dra. Michele Cunha Franco.

GOIÂNIA

2019

ISABELA DE PAULA LIMA MENDES

**ESTRATÉGIAS NAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O USO INDEVIDO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
(PSR)**

Monografia apresentada como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho Final de Curso 2, da Faculdade de Ciências Sociais, defendida e aprovada em ____ de _____ de 2019, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dra. Michele Cunha Franco
(Orientadora)

(Membro)

(Membro)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde e muita força para superar todas as dificuldades. A essa universidade e todo seu corpo docente, além da direção e administração que me proporcionaram as condições necessárias para que eu alcançasse meus objetivos. A minha orientadora Michele Cunha Franco, por todo o tempo que dedicou a me ajudar durante o processo de realização deste trabalho. Aos meus pais, por todo o amor que me deram, além da educação, ensinamentos e apoio, além de minha irmã e amigos próximos. E, enfim, a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta, fica registrado, aqui, o meu muito obrigada!

*“Onde a vida não tem nenhuma chance de
florescer é onde devemos nos esforçar para
melhorar as condições e a vida”*

Judith Butler

RESUMO

Esta pesquisa se propõe a analisar, através de uma revisão bibliográfica, práticas relativas à prevenção do uso indevido de Substâncias Psicoativas (SPA) para Pessoas em Situação de Rua (PSR). De um lado estão as políticas de redução de danos (RD), especificamente os Consultórios de Rua (CR) e, do outro, as comunidades terapêuticas (CTs). Para o levantamento dos artigos citados nesta pesquisa bibliográfica, foi feita uma busca nas bases de dados *Google Acadêmico* e *Scielo*, procurando artigos em português que tratassem de questões relativas às políticas públicas proibicionistas e antiproibicionistas em relação ao consumo de Substâncias Psicoativas, entre 2000 e 2018.

Palavras-chave: Precariedade. Religiosidade. Vulnerabilidade. Uso, abuso ou dependência de drogas. Substâncias psicoativas. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

This research proposes to analyze, through a bibliographical review, practices related to the prevention of misuse of Psychoactive Substances (SPA) for People in Situation of the Street (PSR). On the one hand are the harm reduction policies (RD), specifically the Street Offices (SO) and, on the other, the therapeutic communities (TCs). In order to survey the articles cited in this bibliographic research, a search was made in the Google Scholar and Scielo databases, searching for articles in Portuguese, dealing with issues related to prohibitionist and anti-prohibitionist public policies in relation to consumption of Psychoactive Substances, among 2000 and 2018.

Keywords: Precariousness. Religiosity. Vulnerability. Use, abuse or dependence on Drugs. Psychoactive Substances. Street People.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CR	Consultório de Rua
EUA	Estados Unidos da América
NECRIVE	Núcleo de Estudos sobre Criminalidade e Violência
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PSR	Pessoas em Situação de Rua
RD	Redução de Dano
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
RELARD	Rede Latino-Americana de Redução de Danos
SENAD	Secretária Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Política Sobre Drogas
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPA	Substâncias psicoativas
SRTE	Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO I – PROTOCOLOS INTERNACIONAIS E SISNAD: APROXIMAÇÕES E TENSÕES.....	11
1.1 TRATADOS INTERNACIONAIS PARA O CONTROLE DA PRODUÇÃO E DA ELABORAÇÃO DO TRÁFICO E CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS.....	12
1.2 PROIBICIONISMO EM RELAÇÃO ÀS DINÂMICAS INTERNAS NO BRASIL.....	16
1.3 SENAD: COGITAÇÃO DO USO DE UMA JUSTIÇA TERAPÊUTICA.....	19
CAPÍTULO II – CONSTRUINDO UM CAMINHO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS....	26
CAPÍTULO III – RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES.....	38
3.1 AUMENTO DO NÚMERO DE INFECTADOS NO BRASIL.....	40
3.2 CONSULTÓRIOS DE RUA.....	45
3.3 LIMITES QUE OS CONSULTÓRIOS DE RUA ENCONTRAM QUANDO ENTRAM EM CONTATO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	48
3.4 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	53
3.5 CONSOLIDAÇÃO E IMPLICAÇÕES DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE COMPLEMENTAR DE SAÚDE E NO SUS.....	57
3.6 VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.....	59
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

INTRODUÇÃO

O uso de Substâncias Psicoativas (SPA) ocorre desde os primórdios da história da humanidade, mas esse tema tem se tornado recorrente em contextos diversos, motivo de novas políticas públicas e de mobilização social, principalmente após o surgimento do crack. Pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso e abuso de SPA¹ estão diariamente vivenciando situações de vulnerabilidade e risco, justamente por existir uma falta de acesso a serviços de saúde e a equipamentos sociais. Atribuindo ênfase ao fato de que as Pessoas em Situação de Rua (PSR)² sofrem de uma exclusão social e preconceito.

Essa exclusão social se atrela ao fato de existir um senso comum de que tal grupo em específico é, de certa forma, homogêneo, no sentido reducionista de se atribuir adjetivos pejorativos, como marginal, vagabundo, sujo e assim por diante. Porém, o não reconhecimento faz com que a verdade em relação a esse grupo em específico seja deslocada, pois, na verdade, se trata de um grupo extremamente heterogêneo. O Decreto Presidencial 7053, de 31 de dezembro de 2009 assim a define:

Um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Portanto, é necessário que exista acesso a serviços de saúde e equipamentos sociais que deem conta de lidar com um grupo heterogêneo que tem em comum a vulnerabilidade. As PSR se encontram fora de uma normatividade social; Butler (2006) afirma que se reconhecimento fosse uma potencialidade universal, não existiria um tipo específico de ser humano, em outras palavras, existe uma linha normativa traçada que apenas permite reconhecer o que já é reconhecido.

Porém, cabe às políticas públicas repensarem essa linha normativa, caso contrário, medidas e estratégias irão ser tomadas embasadas em um universalismo que não dará conta de suprir as necessidades de quem precisa da política pública.

¹ Sigla será usada no decorrer no texto como referências às Substâncias Psicoativas.

² Sigla será usada no decorrer no texto como referências às Pessoas em Situação de Rua.

Assim, segue o seguinte trabalho, com a intenção de demonstrar quais políticas melhor respondem às necessidades das PSR, entre os Consultório de Rua (CR), política pública de caráter de Redução de Danos (RD) e Comunidades Terapêuticas (CTs).

Tomando por base que tais políticas obedecem aos critérios elencados pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que tem por base coordenar todas ações destinadas ao trato de problemas relacionados às drogas, congregando os órgãos capazes de desenvolver estratégias de combate ao tráfico ilícito de drogas e aquelas voltadas ao cuidado com o dependente químico e sua ressocialização. Seus princípios estão em conformidade com as tendências internacionais no que se refere à observação dos direitos fundamentais da pessoa humana, dos quais o Brasil, por tratado, se comprometeu a respeitar (CUNHA, 2018).

Esses princípios serão utilizados para medir as estratégias que cada política pública apresenta, com o pensamento de que um longo caminho foi percorrido até a criação do Sisnad, desde de protocolos internacionais, até reordenamentos internos que fizeram com que ações destinadas ao trato de problemas relacionados ao uso de drogas chegasse até quem necessita.

A criação do Sisnad marca, portanto, um consenso, indicando que decisões provém de evidência fartamente documentada, a ponto de constituírem consenso entre especialistas e autoridades da área, para que, assim, possa ser atingido um interesse público (LARANJEIRA; ROMANO, 2004). O que demonstra que, mesmo dentro de um viés proibicionista, como é o caso das CT, ou antiproibicionista, como é o caso dos CR, o Sisnad deve dar conta de um bem social que traga respostas positivas à população que necessita da política pública em questão.

O trabalho está organizado em quatro capítulos, além da introdução. O Capítulo I aborda questões referentes aos protocolos internacionais que serviram de forma basilar à criação do Sisnad, assim como a própria criação do Sisnad. O Capítulo II aborda o referencial teórico acerca de enquadramentos sociais, políticos e econômicos que cercam as PSR, e como esses enquadramentos podem refletir diretamente nas políticas públicas. O Capítulo III contém os resultados da pesquisa, dividido em duas etapas: na primeira estão os resultados referentes aos CR; na segunda encontra-se os resultados referentes às CTs. E, por fim, o Capítulo IV, que trata das considerações finais do trabalho.

CAPÍTULO I – PROTOCOLOS INTERNACIONAIS E SISNAD: APROXIMAÇÕES E TENSÕES

Partindo das primeiras políticas de combate às drogas, até a consolidação do Sisnad, um longo caminho foi percorrido, inclusive internacionalmente, e é impossível falar desse tipo de Política Pública no Brasil sem que se leve em consideração os Protocolos Internacionais³ que serviram de forma basilar a qualquer tipo de tomada de decisão referente ao assunto. Portanto, existe uma trajetória a ser explicada antes que se chegue à criação do Sisnad.

É importante enfatizar a capacidade ampliada de todas as populações de alterarem sua própria consciência. Essa capacidade pode ser colocada como consequência da intensificação das trocas comerciais e culturais entre povos, que teve como efeito a mundialização de alguns psicoativos. Foram várias as substâncias que passaram a ser acessíveis, interrompendo, por exemplo, a hegemonia do álcool fermentado e dos psicoativos de alcance locais (TORCATO, 2014).

A predileção por uma outra substância variava segundo contextos culturais, como o ópio, que na Europa era consumido de forma líquida, enquanto na China, a forma mais comum utilizada era a fumada, o que demonstra que, apesar do uso de SPA ser um fenômeno universal, existia, por um lado, especificidades locais (TORCATO, 2014). Porém, vale o questionamento sobre as especificidades de cada local em relação ao uso dessas substâncias psicoativas e como essas especificidades contribuíram para a ampliação da alteração da consciência.

Por exemplo, a América portuguesa, e depois o Império independente, são caracterizados como grandes produtores dos mais importantes insumos pertencentes às três grandes drogas⁴: tabaco, açúcar e café, que, por sua vez, fizeram parte dos produtos de primeira ordem nas exportações, abastecendo o mercado mundial. A *canabis*, de origem africana, é conhecida desde o século XVI; os opináceos eram apreciadíssimos no continente Euroasiático e circulavam a partir

³ Cooperação entre nações que têm por finalidade a repressão às drogas, prevenção do consumo de drogas e tratamento.

⁴ É possível separar em dois grandes grupos as drogas planetárias: as três grandes (o álcool, o açúcar e o tabaco, em suas diversas formas), caracterizadas por uma expansão ampliada e de impossível proibição; e as três pequenas (o ópio, a *canabis*, e a coca e seus derivados), cuja disseminação planetária não foi tão forte (TORCATO, 2014).

das práticas terapêuticas europeias (TORCATO, 2014).

Esse cenário demonstrava que existia uma capacidade ampliada, em termos de alterar a consciência mundial. Em contrapartida, a mesma capacidade era vista em relação aos controles que se fizeram sobre alguns desses fármacos citados.

A contrarrevolução, conhecida sob alcunha de proibicionismo, teve como fundamentos gerais a pretensão hegemônica da medicina oficial, o crescimento do conservadorismo e a emergência do biopoder (medicina social) (TORCATO, 2014, p. 141).

Tais políticas de controle igualmente constituíram-se em um movimento universal com características locais. Por exemplo, nos EUA, as primeiras políticas de proibição estão ligadas às tensões étnicas e raciais surgidas em torno de minorias sociais e “à ascensão do movimento pela temperança, sustentado por um vigoroso movimento social de raiz puritana” (TORCATO, 2014, p. 141).

Porém, embora políticas de controle sempre tenham existido em todas as sociedades, mecanismos de regulamentação social de consumo de drogas, até o início do século XX, não eram respaldadas legalmente e institucionalmente. Assim, é no século XX que encontramos o estatuto de uma proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras (CARNEIRO, 2002).

Diante disso, a partir do século XX, foram firmados tratados internacionais para o controle da produção, da elaboração, tráfico e consumo de drogas ilícitas. Os tratados internacionais estabeleceram mútua cooperação entre as nações, contexto no qual o Brasil está inserido, assim como as demais nações. Portanto, vale discorrer sobre a sequência histórica de ajustes legais firmados a partir de tais acordos e situar o Brasil dentro desse contexto.

1.1 TRATADOS INTERNACIONAIS PARA O CONTROLE DA PRODUÇÃO E DA ELABORAÇÃO DO TRÁFICO E CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

No início do século XX, os EUA começavam, de maneira consistente, a proibir as drogas ilícitas em seu país e a pressionar, nas conferências internacionais, os demais países para que também adotassem medidas rígidas de controle de entorpecentes. Tais medidas se intensificaram a partir do fim da Guerra Fria, quando o tráfico de drogas passou a ser compreendido como ameaça à segurança nacional

dos países hegemônicos. O tráfico de drogas obedece à dinâmica do comércio da oferta e da procura, o que pode ser verificado pelos índices apresentados por meio dos relatórios do Escritório das Nações Unidas pra Drogas e Crime – UNODC⁵ (GEHRING, 2012).

Nesse período, as ditaduras entraram em colapso e cederam espaço para os governos civis na América Latina. Além do fim da Guerra Fria, iniciou-se o processo de globalização e, sem uma dita ‘ameaça comunista’, outros temas receberam atenção a fim de justificar os orçamentos de defesa, que seriam desnecessários com a ausência da confrontação bipolar entre Estados Unidos e a União Soviética. Assim, os EUA precisava de nova justificativa para organizar uma dinâmica interna e, para isso, passou a procurar acordos internacionais para justificar essa mesma dinâmica (GEHRING, 2012).

É importante destacar que, além de uma nova justificativa em relação aos orçamentos, o aspecto econômico teve grande peso na constituição da política proibicionista, pois as indústrias farmacêuticas tinham grande interesse em deter o monopólio da manipulação, do refinamento e do comércio do ópio e da cocaína, situação que se dificultou com a ascensão do tráfico, dificultando também a criação de um monopólio farmacêutico. Pode-se, ainda, citar a participação de setores mais conservadores da sociedade cristã, que tinham força política junto aos legisladores e defendiam as políticas proibicionistas com a justificativa de uma ideologia de pureza moral (CARVALHO, 2011).

Rodrigues (2002) destaca que os Estados Unidos da América (EUA) aceleravam o controle social partindo de rastreamentos de hábitos e da disciplinarização da conduta, e isso não dentro de seu próprio ambiente político, mas sim no teatro das negociações diplomáticas. À vista disso, o êxito estadunidense, que parte do teatro das negociações internacionais a fim de organizar seu próprio ambiente político, consolidava-se internacionalmente.

Isso pode ser traduzido por meio de reuniões e conferências internacionais realizadas, como a reunião de Xangai, ocorrida em 1909, que, apesar de não gerar determinações punitivas, representava o interesse de se chegar a um acordo partindo de potências industriais farmacêuticas: os países signatários – Ásia,

⁵ O UNODC é a agência das Nações Unidas com mandato de apoiar os países na implementação das três convenções da ONU sobre drogas (ESCRITÓRIO DE LIGAÇÃO DE PARCERIA DO BRASIL).

Inglaterra e Alemanha – que, diferentemente dos EUA, tinham em foco o lucro que o mercado do uso de ópio e seus derivados proporcionava (RODRIGUES, 2002).

A próxima conferência patrocinada pelos EUA ocorreu em Haia, na Holanda, em dezembro de 1911, o que gerou a assinatura de um documento em 1912 e fixou determinações específicas que obrigavam os Estados signatários a proibir, em seus territórios, todo o uso de opiáceos e cocaína que não atendessem a recomendações médicas (RODRIGUES, 2002). Esse contexto acaba impondo limites científicos advindos de um saber médico, gerando uma legitimidade estatal que serve como justificativa para a proibição do uso indiscriminado de substâncias que possam alterar o comportamento. Rodriguez (2002, p. 103) destaca que:

O fato de que ao defender medidas severas de controle no plano internacional, o governo estadunidense não estava defendendo uma internacionalização de sua lei nacional. Pelo contrário, não havia no ordenamento interno norte-americano lei semelhante ao Tratado de Haia.

Isso sugere que o maior interesse dos EUA era o de conseguir um controle social interno, partindo de negociações internacionais que obrigassem a uma adequação interna estadunidense, o que de fato ocorreu em 1914, com a promulgação de *Harrison Act*⁶, dando respaldo, em 1919, para a supressão do álcool que se cristalizou na 18ª Emenda à Constituição. Esta proibia a produção, transporte, importação e exportação de bebidas alcoólicas em todos os Estados da federação. A consequência disso foi criar, para a próxima década, um gigantesco mercado ilegal juntamente ao aumento expressivo do aparato burocrático-repressivo, que teve por finalidade dar conta dessas atividades ilegais. Além, claro, das pessoas que participavam das atividades ilegais, que eram, em sua maioria, negros e imigrantes chineses, mexicanos, irlandeses e italianos. Em outras palavras, a construção de um inimigo público através de determinadas Políticas Públicas (RODRIGUES, 2002).

No entanto, o principal instrumento de cooperação multilateral para o combate ao tráfico de drogas resulta das conferências realizadas em Viena em 1987 e 1988: a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicoativas.

⁶A *Harrison Narcotic Act* foi a primeira lei de controle efetivo do Estado sobre drogas editada nos Estados Unidos. Assim, caberia a órgãos especiais do Estado a avaliação do potencial medicinal de qualquer substância, ato que levaria ao seu consumo controlado (por meio de receitas médicas obrigatórias) ou proibição expressa (RODRIGUES, 2002).

Esta Convenção abarca os mais variados aspectos do combate às drogas ao mesmo tempo em que estabelece compromissos em termos de ações preventivas, fiscalização e controle, repressão, e outras formas de cooperação e assistência internacional. A mesma constitui, no presente, a principal referência para a cooperação nos planos regionais e subregionais bem como para a formulação de políticas nacionais antidrogas (GEHRING, 2012, p. 100)

As medidas se intensificam com a presidência de George W. Bush, que se esforçou para militarizar o combate ao narcotráfico no continente com a intenção de realizar uma força militar transnacional englobando México, Peru, Bolívia, Equador, Colômbia e Venezuela, esforço feito através da Cúpula de Cartagena realizada em fevereiro de 1990 e na conferência de San Antonio em 1992 (GEHRING, 2012).

A estratégia, contudo, não foi bem-sucedida, tendo em vista que “A força antidrogas continental não é formada, mas o investimento na ideia de repartir funções no combate ao narcotráfico permanece em novo período de ampliação da repressão em tempos de consenso continental” (RODRIGUES, 2002, p. 106). Em outras palavras, uma militarização do combate ao tráfico no continente com a intenção de realizar uma força militar transnacional não foi possível, porém, existia um esforço para que uma estratégia de imperativa cooperação fosse realizada entre as propostas norte americanas e latino-americanas.

Isso demonstra que existia um temor por parte dos países latino-americanos em relação às ações intervencionistas, o que poderia afastar a soberania de seus próprios países. Assim, surge a noção de que a repressão ao tráfico é uma questão policial e não das Forças Armadas, a não ser que as mesmas obedecessem ao ordenamento jurídico de cada país, o que enfraquecia a ideia de se militarizar o combate ao narcotráfico, mas que não dispensa o entendimento de que o narcotráfico é de natureza transnacional, necessitando de imperativa cooperação, seja em bases multilaterais ou bilaterais. “Assim, foi necessário elaborar uma estratégia comum de enfrentamento do narcotráfico, por meio de um processo que fizesse convergir às propostas norte-americanas e latino-americanas” (GEHRING, 2012, p. 151).

Essa estratégia comum conseqüentemente instaurou um proibicionismo nos países da América Latina, situação que não seria diferente no Brasil, dando destaque para o fato de que as diretrizes elaboradas no plano internacional pouco condizem com a realidade nacional (TORCATO, 2014).

Diante disso, vale destacar o contexto local de cada país, o que ajuda a

repensar o proibicionismo em relação às dinâmicas internas, levando em consideração que o presente trabalho tem como objetivo analisar políticas públicas na prevenção ao uso indevido de SPA no Brasil.

1.2 PROIBICIONISMO EM RELAÇÃO ÀS DINÂMICAS INTERNAS NO BRASIL

O Brasil segue os passos de um país que usou de acordos internacionais para ordenar seu próprio ordenamento legal nacional, situação que pode ser exemplificada na lógica da reforma interna motivada por acordos externos, através de dois exemplos:

O Decreto-Lei n. 891 – 1938⁷, editado pelo Estado Novo de Getúlio Vargas, sofisticava as determinações antidrogas vigentes no País desde a lei de 1921, baseando-se nos documentos assinados nas convenções de Genebra de 1931 e 1936; a reforma da lei sobre tóxicos de 1967 deu-se na esteira da incorporação ao ordenamento jurídico brasileiro da Convenção Única sobre Entorpecentes, o mais completo documento proibicionista de abrangência internacional assinado na sede da ONU em 1961⁸ (RODRIGUES, 2002, p. 104).

Esses acordos começaram a criar a estrutura do que um dia seria um projeto da política nacional brasileira sobre drogas. Assim, esse caminho para a construção do que um dia seria esse projeto começa a ser trilhado em abril 1936 com a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), pelo decreto nº 780. Esse decreto possibilitou a publicação de pesquisas que abordassem a temática de SPA, como um trabalho intitulado *Maconha*, organizado em 1958 pelo Serviço Nacional da Educação Sanitária. Trabalhos como esse tinham como intenção consolidar as leis nacionais sobre drogas e submetê-las ao Poder Legislativo. Assim, seria possível a criação de comissões estaduais (CARVALHO, 2011).

Desde então, o Brasil passou a exercer uma campanha sistemática sobre o uso de entorpecentes, gerando uma uniformidade em todo o território nacional, assim como nas grandes cidades e em todo o interior. Fazem parte da CNFE:

⁷ BRASIL. Decreto nº 891 de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Diário oficial da união, Rio de Janeiro, RJ, 25 nov.1938.

⁸ “Defendida, patrocinada e sediada pelos EUA, já sob a coordenação da ONU, a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, implantou globalmente o paradigma proibicionista no seu formato atual. Os países signatários da Convenção se comprometeram à luta contra o “flagelo das drogas” e, para tanto, a punir quem as produzisse, vendesse ou consumisse” (FIORE, 2012, p. 9)

Representantes dos Ministérios da Relações Exteriores, da Educação e Saúde, da Justiça, Fazenda, Trabalho, Agricultura, Marinha, Guerra, do Departamento Federal da Segurança Pública e da classe médica.

Com esta organização há na Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes elementos técnicos especializados de todos os setores que têm interferência no controle do uso e comércio destas substâncias. A Comissão Nacional, como trabalho inicial organizou uma consolidação das leis então existentes, que fez com que o Brasil ficasse provido de uma legislação sobre entorpecentes (CARVALHO, 2011, p. 11).

A consolidação dessas leis mencionadas teve, durante o governo de Getúlio Vargas, um campo fértil, o que pode ser visto através do Decreto nº 2.994, de 17 de agosto de 1938, que promulgava a Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas de 1936 e, em novembro do mesmo ano, do Decreto-lei nº891⁹, que aprovava a “Lei de Fiscalização de Entorpecentes”, a qual tinha por finalidade dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes (CARVALHO, 2011).

Essa produção de leis e normas sobre drogas ia aumentando e amparando o Estado brasileiro a efetivar a repressão e controle do comércio e consumo de determinadas substâncias, assim, a CNFE se articulava junto aos estados com intenção de criar uma política nacional de controle.

Essa articulação pode ser vista através de relatórios realizados pela CNFE que foram encaminhados para as Nações Unidas, como é o caso do relatório produzido em 1943, apresentado aos membros da Comissão como resultado de uma inspeção nos estados da Bahia, Sergipe e Alagoas. O relatório pretendia abordar o problema da maconha na região do Rio São Francisco e fazia alusão a um plano de repressão ao uso de álcool. A conclusão feita pela CNFE foi que “[...] apesar dos referidos estados fiscalizados fazerem “uso alargado” da maconha, isto ocorria por não haver uma política de repressão” (CARVALHO, 2011, p. 13).

O relatório se conclui com um plano de medidas que compreendiam na aplicação de:

- a) campanha educativa intensa contra o plantio, alertando sobre os

⁹ Há dois fatores inovadores e fundamentais no decreto-lei de 1938: primeiramente, o fato de, pela primeira vez, se determinar, em território nacional, a proibição total do plantio, tráfico e consumo das substâncias relacionadas, e, secundamente, onde se estabelece o direito legal à internação compulsória por parte do Estado (CARVALHO, 2011).

malefícios do uso; b) normas preventivas e repressivas criadas, para a Bahia, nos estados do Maranhão, Amazonas, Pará, Alagoas, Piauí, Pernambuco e Sergipe, estados estes, onde o uso poderia ser considerado um problema social; c) Incentivo às pesquisas médicas sobre o ponto de vista social da maconha; d) Estimulo à cooperação entre as Comissões Estaduais e os ministérios afins, Agricultura, Trabalho e o Departamento de Saúde (CARVALHO, 2011, p. 14).

Assim, a legislação brasileira, junto à classe médica, não cessou de trabalhar e promover, junto aos políticos, a pressão para aprovação de leis e o aumento da repressão, ou seja, instrumentos necessários para se efetivar uma fiscalização rigorosa, uniforme e generalizada do comércio de entorpecentes em todo o território nacional.

A fiscalização mais rigorosa só viria após o golpe militar, sendo o ano de 1964 um divisor de águas na política criminal do país: a droga, a partir dos anos 1960, é associada aos movimentos de subversão, assim, para os militares, tratava-se de mais uma consequência comunista. Nesse sentido, novas leis são criadas, como a Lei nº 4.483, de 16 de novembro de 1964, que reorganizava o Departamento Federal de Segurança Pública, estabelecendo uma nova composição na estrutura da Polícia Federal, criando o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecente (SRTE)¹⁰ (CARVALHO, 2011).

Assim, a partir de 1964, a repressão torna-se usual. A Doutrina de Segurança Nacional, associada ao desenvolvimento tecnológico, possibilitou a criação de uma política de repressão integrada e a otimização de um projeto transnacional de guerra a drogas, e, em 1976, é sancionada a Lei nº. 6.368/76¹¹, prevendo a criação, por decreto, em seu artigo 3º, de um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão.

Esse ambiente, juntamente ao sensacionalismo produzido através da mídia, cria a necessidade de mudanças nas reformas, como é o caso do Decreto nº 2.632 em 1998, que cria a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Porém, vale ressaltar os caminhos percorridos das políticas públicas que constituíram o SENAD, levando em conta a linha seguida das políticas proibicionistas até a cogitação do uso de uma justiça terapêutica, começando pela criação, em 1980, do Conselho Federal de

¹⁰ O Serviço de Repressão contava com uma composição, compreendendo uma secretaria, a delegacia de entorpecentes e um arquivo (CARVALHO, 2011).

¹¹ BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 21 out.1976.

Entorpecentes (CONFEN), criado durante o período da ditadura militar, sendo que sua atuação cabia:

Propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica. (BRASIL, 1992, p. 19)

1.3 SENAD: COGITAÇÃO DO USO DE UMA JUSTIÇA TERAPÊUTICA

Durante um tempo de sua atuação, o CONFEN se apoiou em práticas punitivas, porém, ultrapassou esses limites ao final da década 1980 com a redemocratização do país, favorecendo o surgimento de práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa, colocando a rede do Sistema Nacional de Saúde (SNS) como parte integrante dessa prevenção ao estipular que deveria ocorrer atendimentos eficazes e não estigmatizantes (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007).

Portando, a criação do CONFEN iniciou uma preocupação com o tratamento, a prevenção e a pesquisa, abrindo portas a projetos como o da RD e CT, o que se torna relevante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. “O CONFEN atuou com a perspectiva de promover “a valorização dos centros de referência, dos órgãos científicos, muitas vezes com o apoio moral e, quando possível, com apoio econômico” (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007, p. 808) e reconhecia que esses centros poderiam contribuir para a construção de práticas de assistência ainda iniciantes no país, dando destaque aos projetos de Redução de Danos, que se intensificaram com o aumento do número de infectados pelo vírus da AIDS.

Os projetos de redução de danos, tanto em suas proposições técnicas, quanto em seus pressupostos teóricos e ideológicos, influenciaram a política sanitária. Em 2003, o Ministério da Saúde propôs que o consumo de álcool e outras drogas fosse considerado um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico. (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007, p. 810)

Assim, os projetos de redução de danos deram uma maior visibilidade à realidade da atenção aos usuários de drogas no setor público de saúde, que, até então, eram tratados de forma preconceituosa devidos às práticas punitivas que

colocavam o usuário como doente ou bandido, tornando visível a quase inexistência de ações destinadas ao enfrentamento desses problemas. Contexto esse percebido na década de 1990, época que apresentou a maior expansão das CTs, as quais, com o apoio do CONFEN, reconheceu a importância prestada pelas comunidades, o que contribuiu para que normas mínimas de funcionamento fossem respeitadas, fazendo com que as comunidades pudessem contar com apoio financeiro público.

Essa lógica muda no governo de Fernando Henrique Cardoso, que, mesmo mantendo os apoios financeiros às CT e aos programas de RD, extinguiu, por meio da medida provisória 1.669, de 19 de junho, o Conselho Federal e a Secretaria Nacional de Entorpecentes, fazendo com que o Decreto de 2.362, de 19 de junho de 1998, fosse substituído pelo Decreto 3.696, de 21 de dezembro de 2000, instituindo o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). “Essa reformulação institucional foi anunciada na Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), dedicada ao enfrentamento do problema mundial das drogas, realizada em junho de 1998 (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007, p. 808).

Os dois novos órgãos foram retirados do Ministério da Justiça e passaram para o então Gabinete Militar da Presidência da República. O Sisnad tinha como função integrar atividades de repressão e de prevenção; o Ministério da Justiça passou a ser o órgão central e a Polícia Federal, o órgão executivo de segundo grupo de atividades. Embora o Ministério da Saúde fizesse parte do Sisnad, nenhuma atividade foi atribuída a ele, como prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, levando em consideração que o SENAD e o Sistema Único de Saúde (SUS) possuíam atribuições semelhantes, sendo o SENAD responsável pelas ações sanitárias destinadas aos dependentes de drogas e o SUS, pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros.

Apesar desses espaços possuírem atribuições em comum, não existia uma articulação até o início do governo de Lula, em 2003, quando se fez um esforço de integração das diversas áreas ligadas ao tema. O primeiro grande processo provocado pela SENAD, na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU, em 1998, foi a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), levando em conta que, até 1998, o Brasil não possuía uma política nacional sobre drogas, o que só foi possível com o 1º Fórum Nacional Antidrogas, em 1998, contando com a presença

de mais de duas mil pessoas, entre elas policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Tal fórum criou a Política Nacional Antidrogas (PNAD) (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007)

Portanto, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, rendendo a publicação do documento “A Política do Ministério de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”¹², pelo qual se assume, de modo integral e articulado, o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas relacionadas ao problema de saúde pública (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007).

Assim, o Ministério da Saúde introduziu a possibilidade do desenvolvimento de uma política menos centrada em práticas punitivas, orientando as políticas públicas a romperem com uma tradição histórica advinda de práticas punitivas e proibicionistas, cenário que colocou a Saúde Pública com um papel central na recuperação dos usuários, além das CTs, que contam com apoio público.

Passa a dar ênfase a uma participação social nas práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, ancorado ao PNAD, em 2003, o então Presidente da República. Em mensagem ao Congresso Nacional, apresentou a emergência por uma nova Agenda Nacional que reduzisse a demanda de drogas, partindo de três pontos:

Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptada à realidade de cada município; estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (DUARTE, 2011, p. 34).

Esse documento, “A Política do Ministério de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, é revisado e republicado em 2004, o que dá

¹² “No documento sobre a política nacional, foram também definidos o marco teórico-político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras” (MACHADO; CARNEIRO MIRANDA, 2007, p. 818)

sequência à criação da rede de atenção integral a partir da interseccionalidade, contemplando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Assim, são implantados os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPS) (BRASIL, 2004). A partir desse documento, se retoma e se reescreve a ideia das práticas de assistência, incluindo na agenda da saúde pública ações voltadas ao consumo de SPA recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, colocando em voga a importância das ações de saúde em rede, que partem dos seguintes princípios:

[...] recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, esporte, escola, esportes etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (CRUZ; FERREIRA, 2011, p. 36).

Em meio a essas reconsiderações, o PNAD é reavaliado, em 2004, sob articulação e coordenação da SENAD, por intermédio do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, sendo seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas, o que dá sequência à priorização de articulações entre os diferentes equipamentos sociais e instituições de saúde.

Assim, apresentam-se direções e diretrizes sobre prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução dos danos sociais e à saúde, redução da oferta, além de estudos, pesquisas e avaliações. “Orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, segundo o qual governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos devem atuar de forma cooperada e articulada entre si” (PACHECO, 2013, p. 25).

Dessa maneira, em 23 de agosto de 2006, sob a Lei nº 11.343¹³, cria-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), política pública que antes carregava apenas o nome de Sistema Nacional Antidrogas, e que agora é realocada, no sentido de formular a Política Nacional sobre Drogas, compatibilizando planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, estabelecendo

¹³ BRASIL. 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, DF, 23 ago. 2006.

prioridades entre as suas atividades por meio da definição de critérios técnicos, econômicos e administrativos (PACHECO, 2013).

As diretrizes dessa política estão focadas na responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade no que diz respeito ao tema, situação que atribui ênfase na garantia, e não apenas no reconhecimento desse direito de tratamento ao dependente e usuário. Essa política prioriza as ações de prevenção e avança no que tange às políticas de redução de danos (PACHECO, 2013).

Portanto, a partir dos princípios elencados pelo Sisnad, junto a uma visão teórica que toma por base a não existência das pessoas que se encontram fora de uma linha social normativa, a presente pesquisa aborda qual das políticas públicas – Redução de Danos, especificamente Consultórios de Rua, e Comunidades Terapêuticas – demonstram melhor retorno para as PSR que utilizam substâncias psicoativas, levando em conta que os princípios elencados pelo Sisnad são:

I. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados II. Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no País III. Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas IV. Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas V. Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (BRASIL, 2012).

Assim, segue o questionamento no sentido de compreender quais das políticas conseguem melhor responder às necessidades das pessoas em situação de rua que utilizam substâncias psicoativas. Essa compreensão parte da elaboração de uma Política Pública (Sisnad) que possua, como norteadores, proporcionar a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco, além da reinserção social do usuário e dependente de droga. Deve-se pensar ainda que existe toda uma construção que serviu de forma basilar aos princípios básicos dessa Política Pública, como o próprio PNAD, que assume de modo articulado e integral o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como problema de saúde pública, e isso em consonância com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica, segundo uma lógica de Redução de Danos.

O PNAD ancora práticas terapêuticas e reabilitadoras, o que dá sequência à criação de uma rede de atenção integral a partir da interseccionalidade.

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (ARAÚJO, 2018, p. 17).

Em outras palavras, a interseccionalidade foca em recuperar múltiplas identidades, além de condenar diferentes tipos de discriminação, pressupondo, portanto, que tal atendimento caminhe junto à lógica de intersectorialidade. Esta consiste em incorporar pensamentos e concepções que informem uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços voltados para uma nova prática sanitária, o que significa alterar toda uma forma de articulação dos diversos segmentos governamentais e seus interesses.

A efetivação desse tipo de serviço exige disponibilidade e interesse por parte dos atores envolvidos em desenvolverem uma ação comunicativa, ou seja, praticar um diálogo permanente com representantes de outros setores, órgãos ou instituições e com representantes dos grupos sociais existentes. Tudo isso em um trabalho coletivo cujo propósito maior seja promover a saúde, na medida em que a ação intersectorial permita a intervenção em fatores condicionantes da mesma (FERREIRA; SILVA, 2005).

Assim, o PNAD, ao colocar em voga a interseccionalidade, traz a noção de um deslocamento de poder e possibilita às forças sociais envolvidas liberdade e oportunidade de ação para perseguirem seus objetivos pretendidos. Contexto tal que provoca um questionamento sobre a eficácia das CTs, porque a própria interseccionalidade refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos de diferenciação social, cenário que pode ser encontrado dentro das CTs, levando em conta que essa Política Pública trabalha em cima de abordagens prescritivas com caráter de recolhimento, já que a liberdade das forças sociais pode não ser respeitada, pois, justamente por seguir uma linha prescritiva, a política é construída de cima para baixo, e não de baixo para cima, como é o caso da RD.

O fato de as CTs trabalharem com abordagens prescritivas distorce a ideia de uma política pública construída junto ao dependente/usuário, situação que deveria ser seguida, pois os próprios princípios do Sisnad, assim como já colocado, seguem essa linha. Diferentemente da RD, que reconhece cada usuário em sua

singularidade e traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência, mas para a defesa da vida, o método está vinculado à direção do tratamento e, no caso da RD, tratar significa aumentar o grau de liberdade, corresponsabilidade daquele que está se tratando, o que implica no estabelecimento de vínculo profissional que, também, passa a ser corresponsável pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário (BRASIL, 2003).

Portanto, é muito importante compreender o porquê de as CTs continuarem funcionando, mesmo após a consolidação de leis que visam garantir a liberdade de quem está sendo tratado. Levando em consideração que existe, por detrás dessa Política Pública, um senso comum vinculado a um cenário proibicionista, realidade que pode ser embasada no fato de existir um enquadramento social, político e econômico que pressupõe a existência de um tipo específico de ser humano e, conseqüentemente, quem foge desse padrão é taxado como sendo dispensável. Tal situação coloca em cena práticas higienistas, como é o caso das CTs, que recolhe quem é considerado desviante. Assim, o próximo capítulo trata da construção dessa linha normativa que, de certa maneira, serviu para fortalecer práticas higienistas de caráter asilar e, também, traz uma melhor compreensão sobre as políticas de RD, que procuram pensar fora desse enquadramento e reconhecer o que ainda não é reconhecido.

CAPÍTULO II – CONSTRUINDO UM CAMINHO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

Muitos são os estigmas relacionados às Pessoas em Situação de Rua (PSR). Se pensarmos a existência humana em termos de reconhecimento, como definido por Judith Butler (2006), fica claro a não existência das PSR dentro de nossa sociedade, as quais, justamente devido aos estigmas negativos, não conseguem se encaixar. Muito pelo contrário, são expulsas por não serem considerados seres humanos plenos.

É possível que se aprofunde no assunto quando Butler (2015) escreve *Quadros de Guerra*¹⁴, fazendo analogia a pinturas de quadro em que existem molduras, assim como existe uma padronização em nossa própria sociedade, que acaba privando grande parte da liberdade. Tal questão é consequência advinda de enquadramentos jurídicos, normativos, políticos, sociais e econômicos que pressupõem a existência de um tipo específico de ser humano, tornando aqueles que fogem desse tipo desprovidos de reconhecimento e representação. Em outras palavras, o reconhecimento, para Butler (2015), não deveria ao menos ser considerado como uma competência humana, o que pode soar absurdo, mas, se visto por outro ângulo, é bastante válido, já que não são todos os seres humanos que se enquadram dentro do reconhecimento social, levando em conta que algo ultrapassa a moldura.

Os seres humanos só reconhecem o que já é reconhecido, o que se encontra na moldura, mas a questão, para autora, é debater sobre o que se encontra fora da normatividade. Usando de suas palavras, “Não há desafio que o reconhecimento proponha à forma de humano que tenha servido tradicionalmente como norma para a condição de ser reconhecido, uma vez que a pessoa é própria norma” (BUTLER, 2015, p. 20), isto é, se o reconhecimento fosse uma potencialidade universal, não existiria um tipo específico em que, por exemplo, as PSR fossem tratadas igualmente, pois, como dito por Butler (2015) a pessoa se torna a própria norma e, quando se foge à norma, lhe é dada uma exclusão porque o reconhecimento não se encaixa fora da normatividade. “[...] já “reconhecemos” tudo o que precisarmos saber

¹⁴ Esse livro consiste em cinco ensaios escritos em resposta às guerras contemporâneas, com foco nos modos culturais de regular as disposições afetivas e éticas por meio de um enquadramento seletivo e diferenciado da violência (BUTLER, 2015).

sobre o reconhecimento” (BUTLER, 2015, p. 20).

Esse não reconhecimento em relação às PSR tem dado ensejo às situações de violência contra as PSR, como, por exemplo, uma higienização de espaços públicos, que muitas vezes ocorre de maneira violenta. A exemplo, o Censo e Perfil das PSR na cidade de Goiânia¹⁵ em 2015, realizado pelo NECREVI (Núcleo de Estudos sobre Criminalidade e Violência da UFG – Universidade Federal de Goiás), em uma pesquisa feita via questionários, mostra que, dentre as PSR entrevistadas, 65,6% já sofreram algum tipo de crime ou violência desde que se encontram em situação na rua, dentre elas agressão verbal, agressão física, roubo, furto, tentativa de assassinato e, por último, estupro ou tentativa de estupro.

A pesquisa também apurou que, em muitos dos casos citados, a violência foi praticada por outras PSR, o que não exclui a violência praticada por outras categorias, dentre eles moradores da região e polícia militar, o que demonstra a vitimização sofrida por parte dessa população extremamente vulnerabilizada. E mesmo a violência sofrida por parte dos próprios moradores só atribui ênfase a uma desigualdade social que causa consequências negativas às populações específicas, cenário que Butler (2015) explica através de uma norma de vida: no caso, as PSR seriam um espectro em relação à normatividade, nas palavras da autora “Na verdade, uma figura viva fora das normas da vida não somente se torna o problema com o qual a normatividade tem de lidar, mas parece ser aquilo que a normatividade está fadada a reproduzir: está vivo, mas não é uma vida” (BUTLER, 2015, p. 22). Ou seja, as PSR se encontram fora do enquadramento oferecido pela normatividade, resultando em vidas que não são reconhecidas como tal, vidas que não são, ao menos, passíveis de luto, levando em consideração que, para que exista o luto, é necessário antes que exista vida: “Em seu lugar, “há uma vida que nunca terá sido vivida”, que: não é preservada por nenhuma consideração, por nenhum testemunho, e que não será enlutada quando perdida” (BUTLER, 2015, p. 33).

Diante disso, o fato de ser enlutado ocasiona a percepção do ser vivo como algo que vive, e trazendo para o contexto das PSR, fica clara a falta de condições que proporcione a esse grupo em específico a opção de se viver a vida de verdade. Para que isso ocorra, é necessária a existência de Políticas Públicas, pois é fato a

¹⁵É importante que se informe a precariedade da pesquisa no sentido de ter sido realizada em apenas um dia de trabalho, levando em consideração a falta de verba disponível para que se realizasse um trabalho de longo período.

existência da precariedade. Ela nos implica viver socialmente, dependemos das pessoas que conhecemos, das que conhecemos superficialmente e as que desconhecemos totalmente (BUTLER, 2015).

Mas não devemos pensar na precariedade apenas nesse sentido amplo, pois, se não voltamos à redundância no sentido de apenas reconhecer o que já é reconhecido, seria como olhar novamente para as PSR dentro de um aspecto normativo, sem levar em consideração o que se encontra por traz da precariedade vivida por eles mesmos.

Não que de fato seja possível o reconhecimento da precariedade, como dito anteriormente, o reconhecimento não deveria ser considerado um aspecto humano. Mas vale ressaltar que apreender, entender e encontrar a precariedade dentro de grupos vulneráveis possibilita a existência de uma interpretação mais inclusiva e igualitária de reconhecer a precariedade, tornando possível a existência de Políticas Públicas Sociais completas no que se diz respeito a questões como habitação, alimentação, assistência médica e estatuto jurídico. “Simplificando, a vida exige apoio e condições possibilitadoras para poder ser uma vida vivível” (BUTLER, 2015, p. 40).

Portanto, devemos compreender o escopo da vida precária para que isso se transforme em Políticas Públicas sem que existam embasamentos estruturantes que tornem as tomadas de decisões normatizadas, levando em conta que:

Não podemos reconhecer facilmente a vida fora dos enquadramentos nos quais ela é apresentada, e esse enquadramentos não apenas estruturam a maneira pela qual passamos a conhecer e identificar a vida, mas constituem condições que dá suporte para essa mesma vida (BUTLER, 2015, p. 40)

Usando de exemplo, temos o universalismo adotado dentro das Políticas Públicas de adoção à igualdade racial. Kimberlé Crenshaw (2002) propõe um novo modelo para a identificação das várias formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações de raça e gênero, no sentido de abordar aspectos da discriminação racial relativas a gênero, expandindo os direitos humanos para além dos seus parâmetros iniciais. Ou seja, pensar fora do próprio enquadramento de acordo com Butler (2015), ou fora de um universalismo, como definido por Crenshaw (2002). Pensando que o próprio termo “gênero”¹⁶ é

¹⁶ “Quando a “cultura” relevante que “constrói” o gênero é compreendida nos termos dessa lei ou um

repensado dentro de algumas teorias, inclusive no campo de ideias de Butler (2015), que o repensa ao compreender que seu significado advém de enquadramentos culturais que determinam a forma como deve ser compreendido. Assim, é tido como necessário o rompimento de ideias enquadradas, mesmo esses enquadramentos não sendo biológicos, mas culturais, como é o caso do gênero.

Em vista disso, encontra-se a necessidade de expansão para além dos parâmetros iniciais, levando em conta que são através desses mesmos parâmetros iniciais que os suportes para a constituição de uma vida são definidos. Melhor dizendo, os direitos humanos, sem a aplicação da distinção de gênero, tornam marginalizadas as condições que mulheres negras vivenciam, tornando incoerente atribuir o mesmo peso e as mesmas políticas para homens e mulheres negras. “[...] o imperativo de incorporações do gênero põe em destaque as formas pelas quais homens e mulheres são diferentemente afetados pela discriminação racial e por outras intolerâncias correlatas” (CRENSHAW, 2002, p. 172).

À vista disso, torna-se perceptível a “[...] existência da conceituação de um problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (CRENSHAW, 2002), dentro do que o autor define como interseccionalidade¹⁷: um entrecruzamento de diferenciações sociais que proporcionam uma “lente” para trabalhos sociais, colocando em sobreposição os eixos de empoderamento raça, classe, etnia e gênero. O que é diferente de abordagens Subinclusivas, que tornam a diferença invisível em um conjunto de problemas, e de abordagens Superinclusivas, que tornam a própria diferença invisível.

Quando a autora se refere às consequências de subordinação, é equivalente a dizer que existem enquadramentos dentro dos próprios eixos de subordinação, gerando, no caso, enquadramentos raciais. Em outras palavras, seria o mesmo que tratar da violência contra mulheres negras apoiando-se isoladamente no racismo,

conjunto leis, tem-se a impressão de que o gênero é tão determinado e tão fixo quanto na formulação de que a biologia é o destino. Nesse caso, não a biologia, mas a cultura se torna o destino” (BUTLER, 2003, p. 26)

¹⁷ “A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (CRENSHAW, 2002, p. 177).

sem levar em conta a sobreposição de outros eixos, o que torna a diferença total ou parcialmente invisível (CRENSHAW, 2002).

É, então, possível retomar os conceitos que Butler (2015) define, no sentido de enquadramentos que estruturam o terreno social, econômico e político, deixando o que está fora da moldura passível de exclusão e não reconhecimento, mesmo conceito aplicado por Crenshaw (2002) nas teorias de gênero. A autora discute interseccionalidade após questionar universalismos que não demonstram a diferença em si, mas que apenas reforçam molduras já reconhecidas, como é o caso das PSR, que sofrem diariamente o peso de não terem suas diferenças reconhecidas, principalmente no sentido de terem sua figura reduzida a adjetivos pejorativos, como vagabundo, malandro, sujo e, principalmente, a figura reducionista de que toda PSR utiliza substâncias psicoativas. Isso reforça a ideia de que apenas reconhecemos o que é reconhecido, ou seja, enquadramentos sofridos pelas PSR.

Essa construção da figura da PSR reflete nas Políticas Públicas voltadas para esses grupos específicos, pois são nessas mesmas estruturas que os suportes para as constituições da vida são definidas. Usando as palavras de Butler (2015, p. 43):

Onde uma vida não tem nenhuma chance de florescer é onde devemos nos esforçar para melhorar as condições de vida. A vida precária implica a vida como um processo condicionado, e não como um aspecto interno de um indivíduo monádico ou qualquer outro construto antropocêntrico.

Em contrapartida, se essas mesmas Políticas Públicas não saírem dos enquadramentos, o resultado será questionável, no sentido de não demonstrar total ou só parcialmente as diferenças, como é o caso das PSR que utilizam SPA. Reforça-se a ideia de que todos que se encontram nessa situação são violentos, marginais e assim por diante, e tais características se tornam legitimadas quando a figura do usuário de SPA é enquadrada em tais características, principalmente por meio da mídia.

Katerina Volcov e Maria da Pena Vasconcellos (2013) escrevem um artigo intitulado "*Crack, é possível vencer*" ou *é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal*, contradizendo campanhas como a do *Crack: É Possível Vencer*¹⁸. No próprio título do texto, é possível perceber o

¹⁸ É o programa lançado pelo Governo Federal com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem como objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a

questionamento se de fato o Crack é o vilão de toda a história, levando em conta campanhas que foram lançadas desde que o crack passou a ser utilizado no Brasil, nos anos 90. “Esse cenário do início do uso da substância pelas camadas mais carentes também foi reproduzido na realidade brasileira, mais fortemente a partir dos anos 90” (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013, p. 99).

É interessante, no início do artigo, a averiguação de que campanhas foram feitas sem ao menos existir um número exato¹⁹ de pessoas que utilizavam a substância, tanto que artigos acadêmicos foram utilizados para que se formasse um compilado obtendo tais informações. À vista disso, o artigo discorre sobre fatos antecedentes a campanhas publicitárias e antes da criação de um inimigo público.

Por exemplo, pesquisas²⁰ feitas nos EUA antes e depois das campanhas, sendo que, antes, especificamente em Janeiro e Fevereiro de 1985, 23% dos entrevistados demonstraram que a guerra nuclear deveria ser considerada o tema mais importante, porém, logo após uma fala do presidente da época, Bush, juntamente com um incidente envolvendo um estudante afro-americano e uma grande quantidade de histórias de drogas que emergiram, o número de entrevistados preocupados com a guerra nuclear caiu para 1%.

Em compensação, o número de entrevistados que consideravam drogas como o tema mais importante foi de 64%. Assim, criou-se um inimigo público, colocando os meios de comunicação em um papel central na construção desse inimigo, mas com a noção de que a publicidade segue caminhos que já foram dados. “Publicidade pressupões um conhecimento já dado e, se já foi dado, foi posto pelos mais diversos meios de comunicação, raciocínio esse repleto de vieses” (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013, p. 104).

oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação (BRASIL, 2011b).

¹⁹ “De acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas¹⁷, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime), a falta de dados novos para o Brasil, visto que os dados publicados mais recentes são de 2007 prejudica uma análise mais sistematizada e aprofundada do consumo de drogas no país. Corroborando nessa perspectiva, o Relatório Brasileiro sobre Drogas, produzido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) da Presidência da República, apresenta informações de pesquisas realizadas por diversos grupos acadêmicos, restritas aos anos de 2001 a 2007” (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013, p. 100).

²⁰ “Em janeiro de 1985, 23% responderam que a guerra e a guerra nuclear eram os temas mais importantes. Quatro anos depois, em setembro, após a fala de Bush, presidente da época, e a criação de um incidente envolvendo um estudante afro-americano e a enxurrada de histórias de drogas que se seguiram, 64% dos entrevistados acreditavam que as drogas eram, agora, o problema mais importante, sendo que apenas 1% consideravam a guerra ou a guerra nuclear como mais importante” (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013, p. 102).

Os caminhos que já foram dados podem ser vistos como a normatividade definida por Butler (2015): como o que se encontra fora dela automaticamente já gerando um medo que precisa ser combatido e, para tratar o medo, é preciso sentir-se seguro e, para se sentir seguro, tem-se a concepção de que é necessário tratar daquele que provoca o medo, isto é, daqueles que fogem da normatividade.

Esse tratamento visa colocar os que estão fora da normatividade dentro dela, através, por exemplo, de campanhas autoritárias que criam a necessidade de que o crack seja vencido. Isso pode ser visto como consequência de uma sociedade e de instituições que apenas percebem aquilo que está enquadrado; cria-se um inimigo público sem que se leve em conta as especificidades dos aspectos psicológicos, sociais, políticos e econômicos da população em situação de rua. Seria como se, hipoteticamente, existisse uma linha social normativa traçada que define o que é crime, o que é errado e o que é de julgamento por quem se encontra dentro dessa normatividade, e o que foge dessa linha é tratado como errado.

Mas, a pergunta deveria ser o que de fato pode ser considerado como crime a ponto de existir a necessidade de campanhas autoritárias que, por exemplo, geram a higienização de espaços públicos com o pretexto de que usuários de crack são potenciais perigos à sociedade.

Para Howard Becker (2008), as “Pessoas envolvidas em ações coletivas definem certas coisas como “erradas”, que não devem ser feitas, e geralmente tomam medidas para impedir que se faça o que foi assim definido” (BECKER, 2008, p. 13). No entanto, é questionável para o autor o que deve de fato ser considerado como crime, pois, até os anos 1960, a própria sociologia realizava pesquisas com a teoria de uma desorganização social embasada em dados obtidos através da Justiça Criminal, o que busca uma interpretação a respeito do por que esses crimes e infrações eram cometidos, quando, na verdade, em sua teoria, a preocupação deveria ser repensar o que são crimes, dado que ser taxado de criminoso não significa ser realmente criminoso, até pode existir uma conexão entre ser taxado e realmente ser, porém, não é garantia de fato.

Becker (2008) utiliza o termo *outsiders* para denominar aqueles que fogem aos padrões estabelecidos pela sociedade: “O comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal” (BECKER, 2008, p. 22), tomando por base quem determinou tal conduta como crime e não o porquê de existir persistências em condutas consideradas como crime. “Essas concepções surgem em situações

sociais em que elas são comunicadas por pessoas consideradas respeitáveis e validadas pela experiência” (BECKER, 2008, p. 70), o que leva a incertezas em relação às Políticas Públicas direcionadas a grupos vulnerabilizados e marginalizados que se encontram na linha da normatividade. Como define Butler (2015, p. 16):

E é a alocação diferencial da condição precária que, na minha opinião, constitui o ponto de partida tanto para repensar a ontologia corporal²¹ quanto para políticas progressistas ou de esquerda, de modo que continuem excedendo e atravessando as categorias de identidade.

Em outros termos, as definições das Políticas Públicas podem se embasar em conceitos já determinados, como o fato de colocar a figura do usuário de SPA, especificamente o crack, como uma figura violenta que gera medo e, conseqüentemente, precisa ser retirado de cena.

Mas, assim como na lógica de Becker (2008), a questão deveria estar focada não no combate às drogas com uso da violência, pois é fato que comportamentos considerados desviantes ocorrem, mas a questão é compreender o porquê desses comportamentos serem considerados tão perigosos ao ponto de campanhas que visam combater o uso de SPA ganharem tanta força, quando, na verdade, deveria ocorrer uma compreensão. Assim como a referência ainda pouco colocada de Butler (2015), não são governos de esquerda ou direita que trarão essas repostos se os mesmos continuarem se apoiando em normas, organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente, maximizando a precariedade para uns e minimizando a precariedade para outros.

É possível exemplificar essa construção histórica através de um artigo publicado por Maria Lúcia Karam (2003, p. 45), em que a autora aborda os danos causados pela Política Proibicionistas. Ela cita que:

A seleção das situações conflituosas ou dos fatos socialmente negativos, que, sendo objeto da lei penal, vão ser chamados de crimes, constitui, pura e simplesmente, uma decisão política, que traduz uma manifestação de poder do Estado, [para] a obtenção de uma disciplina social, que resulte funcional para a manutenção e a reprodução dos valores e interesses dominantes em uma dada formação social [sociedade capitalista]. É isto que acontece com as drogas.

²¹ O "ser" do corpo ao qual essa ontologia se refere é um ser que está sempre entregue a outros, a normas, a organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros.

Tal situação coloca o Estado como figura central na reprodução da normatividade, que tem por objetivo manter uma ordem social através da exclusão dos denominados “desviantes”. Tanto que, a População em Situação de Rua é considerada um problema ou situação limite desde 1990²², e apenas em 2009 o grupo passa a ser elencado na agenda governamental através do decreto nº 7053, de 23 de dezembro²³, em que se institui a Política Nacional para a População em situação de rua.

Até então, existia um respaldo por parte do Estado para o não reconhecimento social dessa população específica. Deve-se levar em consideração que, mesmo com a Reforma Psiquiátrica, que trouxe uma mudança de paradigma na atenção e cuidado à saúde das pessoas com transtorno mental ao considerar, para além da intervenção psiquiátrica, os direitos e liberdades destas, sem recorrência a tratamentos isolados e desvinculados dos ambientes familiar e comunitário, ainda é sabido que, mesmo com a reforma em questão, o discurso com o cuidado e atenção às pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso da droga demorou a ser incorporado pelo próprio Ministério da Saúde, que não compreendia o fenômeno do consumo de drogas como de sua responsabilidade (PERGENTINO, 2014).

Sendo assim, a responsabilidade era transferida para as próprias pessoas em situação de rua que utilizam SPA, como se essa condição fosse uma escolha individual e não coletiva. Mas, de fato, é um caminho construído coletivamente, um caminho coberto por estigmas e violências que constituem a vida daqueles que se encontram inseridos na vulnerabilidade. Como dito, a precariedade é maximizada para alguns, como é o caso da PSR, que, em muitas das vezes, não conseguem sair da condição de precariedade por não terem suas necessidades atendidas. Pelo contrário, a normatividade produz vidas que não são reconhecidas e o não reconhecimento gera violência. Portanto, como pensar em inclusão social, um dos princípios básicos elencados pelo Sisnad, se as Políticas Públicas não são capazes de produzir uma liberdade para esses indivíduos que se encontram inseridos em

²² “No caso da população em situação de rua, apesar de ser considerada um ‘problema’ ou ‘situação-limite’, no Brasil, desde a década de 1990, é apenas no ano de 2009, que este grupo populacional passa a ser elencado na agenda governamental, através do decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Ou seja, esta atenção, como política pública, deu-se quase 20 anos após os primeiros indicativos de um problema quanto à condição dos que viviam nas ruas” (PERGENTINO, 2014, p. 43).

²³ BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 23 dez. 2009.

cenários de violência?

Olhando através da perspectiva de Joahan Galtung (1995), que define o conceito de paz e guerra, pensando que entre os extremos existem estágios intermediários e situações, constrói-se o pensamento de que paz não é apenas ausência de guerra. Entretanto, isso não significa que a sociedade não sofra outros tipos de violência, como a *violência pessoal e direta*, *violência estrutural*, resultante da desigualdade de poder e da injustiça social, e *violência cultural*, que se traduz a partir do sistema de normas e comportamentos que legitimam as outras formas de violência.

Portanto, para o autor, existe a paz negativa, que seria ausência de guerra, e paz positiva, que seria a construção de uma sociedade melhor através da definição de uma fórmula: “Paz = paz direta + paz estrutural + paz cultural”, sendo que paz direta gera bondade física e verbal, bem-estar, liberdade e identidade; paz estrutural substitui a repressão pela liberdade através do diálogo e não da repressão, e, por fim, paz cultural, que substitui a legitimação da violência pela legitimação da paz (PUREZA, 2000). Esse cenário demonstra que as PSR sofrem todos os tipos de violência em questão e que, justamente por isso, é necessário que exista condições possibilitadoras para se ter uma vida vivível constituída através da fórmula apresentada, tomando por base que “A não violência deve ser considerada a condição básica e indispensável para o exercício do direito ao desenvolvimento” (PUREZA, 2000, p. 39).

A não violência gera a possibilidade de liberdade de escolha. Amartya Sen (2012) define as possibilidades de escolha como elemento basilar de uma sociedade desenvolvida, sendo que essa mesma possibilidade não advém apenas de recursos materiais, mas também de uma liberdade que possibilite viver uma vida livre, com sentido e identidade, portanto, “Isto implica necessariamente a existência de estruturas e de políticas capazes de propiciar as condições para que as pessoas possam viver a vida que desejam viver (a este nível são particularmente importantes as políticas de saúde e de educação)” (ALMEIDA; ALBUQUERQUE; SANTOS, 2013, p. 146).

Logo, é necessária a existência de uma mediação social²⁴ que crie condições

²⁴ “Cria condições para que o indivíduo, os grupos e as comunidades façam parte do processo de mudança de paradigma, de forma mais ou menos activa, reestruturando e construindo recursos, discutindo e determinando políticas, promovendo dinâmicas argumentativas e questionadoras do

possibilitadoras de emancipação tanto social, como pessoal, levando em consideração que, “Mais liberdade nos dá mais oportunidade de buscar nossos objetivos – tudo aquilo que valorizamos” (SEN, 2012, p. 262), pensando na liberdade de escolha das PSR, pois é preciso proporcionar capacidade para que esse grupo em específico possa, de fato, escolher o que eles mesmos valorizam.

Os próprios princípios elencados pelo Sisnad têm como objetivo fazer com que as pessoas que utilizam SPA consigam assumir comportamentos de risco, além de outros tipos de comportamentos, mas cabe analisar qual contexto consegue proporcionar melhor uma liberdade, ou, pelo menos, um caminho para tal. Pois como é possível assumir comportamentos sem que se tenha pelo menos uma noção do que os mesmos representam? Como colocado por Sen (2012), a liberdade proporciona que busquemos nossos objetivos, caso contrário, como no caso das PSR que utilizam SPA, dependendo do tratamento, será como dar um giro e parar no mesmo lugar, pois, sem a liberdade, não existe um objetivo pessoal que proporcione a recuperação do uso de SPA, a reinserção social, o assumir comportamentos de risco ou mesmo reprimir a produção não autorizada de SPA, como nos princípios elencados pelo Sisnad.

Portanto, deve-se compreender que exista uma capacitação por parte do Estado através das Políticas Públicas que proporcionem um desenvolvimento social, em que a PSR, dependendo do uso de SPA, consiga recuperar sua identidade e sentido de vida, gerando a possibilidade de que não sejam mais marginalizados e possam fazer suas próprias escolhas acerca do que querem para suas próprias vidas, pois é justamente nas privações de liberdade que existe uma falácia em relação às oportunidades.

Dessa mesma maneira, deve ser pensando a pesquisa que aqui segue, com o intuito de mensurar qual das políticas públicas – CT e CR – melhor se enquadra no desenvolvimento da pessoa em situação de rua que depende do uso de SPA, com o pensamento de que ambas as políticas atendem as PSR que utilizam SPA. Porém, com o diferencial de que uma se desenvolve dentro de práticas proibicionistas, como é o caso das CTs, e a outra, de práticas antiproibicionistas. Ou seja, a RD não parte da concepção de que deva existir uma abstinência, pelo contrário, parte-se do pressuposto de que práticas ditas desviantes continuarão ocorrendo; cabe à política

instituído, logo criando condições de emancipação pessoal e social.)” (ALMEIDA; ALBUQUERQUE; SANTOS, 2013, p. 146).

em questão reduzir os danos causados pelo uso indevido de SPA.

É importante lembrar o fato de que as CTs obedecem a uma linha normativa que se fortifica através da concepção de que o diferente/desviante precisa ser retirado de cena para poder receber um tratamento, além de contar com abstinência no tratamento, assim como o isolamento, com a proposta de que o usuário será curado.

CAPÍTULO III – RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES

Foi colocado, até o momento, o percurso das políticas públicas destinadas a usuários de substâncias psicoativas, desde o seu início, até a criação do Sisnad, o que marca um consenso,

[...] indicando que as decisões provêm da evidência fartamente documentada a ponto de constituírem consenso entre os especialistas e autoridades da área; devem provir, também, do alcance legítimo de legisladores ou outras autoridades constituídas em prol do interesse público, nunca da indústria ou de seus lobbies. (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p. 69).

O que demonstra que, mesmo dentro de um viés proibicionista ou antiproibicionista, o Sisnad deve dar conta de um bem social que traga respostas positivas à população que necessita da política pública em questão. Existem mecanismos que facilitam essa comprovação, como uma base científica que auxilie no rendimento das políticas públicas, que não deixe, por exemplo, que investimentos sejam feitos em vão, cabendo compreender os retornos que essas políticas causam naqueles que as usufruem. Deve-se, portanto, compreender o resultado das políticas proibicionistas e antiproibicionistas, levando em conta que existem proibições totais e proibições parciais (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

As proibições totais podem, por exemplo, reduzir o consumo de substâncias psicoativas, além de reduzir os danos e problemas relacionados ao uso das substâncias, porém, tais restrições apresentam efeitos colaterais, como o aumento da criminalidade e da violência ligados à construção de um mercado ilegal. Assim, como o aumento da criminalidade pós-criação da Lei Seca nos Estados Unidos, “Tais efeitos colaterais podem sobrepujar os efeitos positivos das restrições” (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p. 70). Assim, tais efeitos provocados pela proibição total do uso de substâncias são reais: “[...] a proibição total não é uma opção politicamente aceitável, mesmo se o potencial para reduzir problemas álcool-relacionados existir. Mas proibições parciais tendem a ser efetivas” (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p. 71).

Tendem a ser efetivas porque não ignoram o fato de que o consumo de substâncias psicoativas continuará existindo com ou sem proibição, pois seu uso

tem um lugar em um contexto social, cultural e, principalmente, comunitário. Visto que ser dependente do uso de substâncias psicoativas e uma pessoa em situação de rua não é consequência de um fato isolado, e sim de consequências coletivas, dando forma à noção de que o consumo de substâncias psicoativas pode ser reduzido através de estratégias que alterem o contexto do usuário dessas substâncias, como repensar o usuário apenas como marginal ou vagabundo que precisa ser levado para fora das práticas coletivas, assim como colocado por Howard Becker (2008, p. 22):

O desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um "infrator". O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso.

Portanto, tratar o usuário de substância como desviante, no sentido de escapar da normatividade social, é o mesmo que reforçar a ideia de uma exclusão social para com o usuário, fazendo com que exista a necessidade do diferente ser combatido, posto para fora, quando, na verdade, o tratamento se baseia na compreensão do desviante enquanto parte do social. Por isso, a participação da sociedade é extremamente importante para a recuperação daquele que depende de substâncias psicoativas.

A mobilidade da comunidade tem sido usada para aumentar o grau de consciência dos problemas associados ao consumo de bebidas em bares e casas noturnas, desenvolver soluções para problemas específicos e pressionar proprietário dos bares a reconhecer sua responsabilidade para com a comunidade (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p. 73).

Os esforços direcionados para reduzir, através de novas estratégias, o contexto dos que utilizam SPA são considerados como medidas de redução de danos, já que partem de uma aceitação de que haverá o consumo, procurando modificar ou limitar tal consumo, ou o ambiente onde este ocorre, de forma a reduzir o potencial de dano, não deixando, por exemplo, o usuário em total abstinência (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

A abstinência pode ser considerada frágil, já que não apresenta uma melhora no quadro dos usuários de substâncias psicoativas. Por isso, existe a importância de se colocar os próprios usuários de substâncias psicoativas nas decisões das políticas públicas, visto que, dentro de um cenário proibicionista, junto a uma

abstinência forçada, não se cria um cenário favorável aos maiores interessados, ou seja, os próprios usuários (MESQUITA; RIBEIRO, 1998; LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Esse caso pode ser especificado mediante a problemática do uso de drogas injetáveis na Holanda, onde as políticas públicas só foram modificadas pois os próprios usuários que dependiam de injetáveis e agulhas se demonstraram descontentes ao não conseguirem acessar agulhas e seringas nas drogarias. O descontentamento motivou, então, a exigência por parte dos usuários para com as autoridades sanitárias na melhoria de acesso às agulhas e seringas (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Mediante esse cenário imposto pelos próprios usuários, as autoridades sanitárias da Holanda estabeleceram que o recebimento das agulhas e seringas disponibilizados pelo Estado só aconteceria a partir da devolução das seringas utilizadas pelos próprios usuários. Essa prática demonstra a participação de um conjunto, que reduziu em mais de 80% as infecções por HIV-Aids de tal grupo específico (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Portanto, é percebido um retorno positivo desse tipo específico de política pública, que enfatiza a redução dos riscos e danos no próprio indivíduo, o que fez com que as políticas públicas de redução de danos primeiro se desenvolvessem partindo do aumento expressivo do número de infectados pelo vírus da ADIS, mas que, durante seu percurso, preenche outros segmentos.

Em outras palavras, as medidas da redução de danos “[...] são ações que procuram minimizar os possíveis danos que o consumo pode causar, inclusive aqueles relacionados à estigmatização do usuário de álcool e outras drogas, priorizando a promoção da saúde, os direitos humanos e a cidadania” (LIMA, 2013, p. 11).

Diante disso, é importante contextualizar como o aumento do número de infectados pelo vírus da AIDS ajudou na construção e consolidação do que é hoje a política de Redução de Danos.

3.1 AUMENTO DO NÚMERO DE INFECTADOS NO BRASIL

O cenário do aumento expressivo do número de infectados pelo vírus da AIDS também era visto no Brasil, o que propiciou, em 1989, a criação do primeiro

programa destinado à troca de seringas, intitulado Programa Nacional da AIDS, também o primeiro programa de RD no Brasil (MESQUITA; RIBEIRO, 1998). Além disso, estaca-se a lei que surge em 1990²⁵, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela atuação de movimentos da Reforma Sanitária, da luta contra a AIDS e da Luta Animanicomial (MESQUITA; RIBEIRO, 1998).

Seguindo a linha da RD, juntamente ao fato de o SUS carregar como obrigação o ordenamento constitucional como um direito de todos e dever do estado, cria-se a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), a Rede Brasileira e Redução de Danos (REDUC) e, em São Paulo, é fundada a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD) e realizada a IX Conferência Internacional de Redução de Danos, momento em que foi anunciada a regulamentação da Lei nº 9.758/1997²⁶, que legitima e legaliza a troca de seringas (DUARTE, 2011).

Esse percurso pode ser visto com a formalização da Política de Redução de Danos como uma política oficial de controle da AIDS, dando início à implementação dos Programas de Redução de Danos em dez estados brasileiros, entre eles, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia (PACHECO, 2013).

A implementação dos programas de redução de danos promoveu um conjunto de ações e intervenções significantes nas questões direcionadas às políticas de drogas no Brasil, tanto que, em 1997, o SENAD realizou o I Fórum Nacional Antidrogas, que promoveu estratégias da redução de danos como uma das políticas públicas que visam o enfrentamento de drogas no Brasil. Isso abriu caminho para a regulamentação de leis em outros estados brasileiros, como em Santa Catarina, através da Lei n. 11.063 e no Rio Grande do Sul, através da Lei n. 11.562, em que ambas as leis autorizavam a secretaria do Estado e da Saúde a adquirir e distribuir seringas e agulhas descartáveis (NIEL; SILVEIRA, 2008).

²⁵O alicerce do SUS teve seu início em 1986, no âmbito da 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento em que o movimento de Reforma Sanitária reuniu mais de cinco mil delegados de todo o País. Em 1990, as Leis nº 8.080 e 8.142 instituíram o SUS, e inscreveram a saúde no ordenamento constitucional como um direito de todos e dever do Estado” (PACHECO, 2013, p. 31).

²⁶ BRASIL. Decreto nº 9.785 de 11 de abril de 2019. Dispõe sobre a forma de tratamento e de endereçamento nas comunicações com agentes públicos da administração pública federal. Diário oficial da união, Brasília, DF, 11 abril 2019.

Dentro desse contexto apresentado, surgem novas necessidades, como a figura do redutor de danos²⁷, que inicialmente se compõe partindo de lideranças locais, como profissionais do sexo ou usuários de drogas, com o objetivo de trabalhar com o público específico de usuários de drogas injetáveis, e de novos projetos e pesquisas, como o caso do Projeto Brasil, que era realizado em sete cidades com alta incidência de HIV por uso de droga injetável, com o intuito de demonstrar a importância das práticas de Redução de Danos frente às características epidemiológicas dos indivíduos usuários de substâncias psicoativas (DOMANICO; MACRAE, 2006).

Por fim, essas novas necessidades resultam na existência de 160 projetos de redução de danos em todos os estados brasileiros, garantidos através do SUS pela política pública intitulada “Política Nacional de Álcool e outras Drogas” (BRASIL, 2004). Além disso, no ano de 2006, surge a Lei n. 11.343, que regulamenta a Redução de Danos como estratégia preventiva ou redutora das consequências negativas associadas ao uso de drogas. Assim, vê-se o trabalho no desenvolvimento de ações na prevenção da saúde, sem, obrigatoriamente, interferir na oferta ou consumo, orientada pelo respeito à liberdade de escolha. Essa lei considera que:

Constituem atividades de atenção ao usuário e dependentes de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas (BRASIL, 2006, p. 5).

O respeito à liberdade de escolha é caracterizado por uma formação mais humanitária com baixo nível de exigência, o que vai de encontro às políticas proibicionistas, que, por sua vez, possuem um alto nível de exigência justamente por contarem com uma abstinência total e, ainda, pressupor que a atenção à saúde chegue até o usuário onde quer que ele se encontre, diferentemente da redução de danos, que se preocupa com o fato de que o usuário participe de seu próprio tratamento, ou seja, que ele também vá de encontro à atenção à saúde. Isso acaba por criar medidas formuladas de baixo para cima, baseadas no diálogo e no estabelecimento de um vínculo entre os executores e os beneficiados das ações.

²⁷ Assim, esse novo profissional denominado “redutor de danos” é um agente de saúde devidamente capacitado para abordar usuários de drogas e desenvolver atividades de educação sanitária e inclusão social junto a esse segmento (BRASIL, 2002).

Esse cenário possibilita uma nova visão da saúde, que se foca no enfrentamento do sujeito e não exclusivamente na prevenção:

Essa visão vai ao encontro do conceito de vulnerabilidade, que prioriza, como estratégia de cuidado, a informação e os recursos que transcendem o campo da saúde para que os usuários de drogas possam agir com autonomia em prol de sua própria saúde. (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 587).

Agir em prol da própria saúde significa minimizar, através de novas estratégias e medidas, as consequências dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas, que certamente irão ocorrer, portanto, não se toma por base que deva existir uma “cura” para o usuário de droga. A medida de redução de danos não se coloca em uma posição em que exista o certo ou errado em relação ao uso de drogas, mas isenta-se de posições ideológicas que reforçam a ideia do usuário como sendo um desviante.

Como estratégia de prevenção no campo da saúde, a estratégia de redução de danos, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde, pode ser alocada no nível da prevenção terciária, em que já não existe a pré-condição de abolir o uso de drogas, mas em que se busca minimizar as consequências dos danos, que certamente vão ocorrer (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 587).

A redução de danos engloba a redução das consequências, sejam elas psicológicas, biológicas ou sociais. Em outras palavras, se reduz os comportamentos de risco causados pelo uso da droga, propiciando liberdade de escolha para o usuário por ser uma medida que não foca no mérito do que é certo ou errado. A verdade é que a utilização de drogas continuará ocorrendo com ou sem políticas totalmente proibicionistas e cabe dar a devida importância às medidas que se isentem de posições ideológicas, no sentido de contribuir para a inclusão do cidadão, tornando-o o menos vulnerável possível, e, assim, capacita-lo para uma reinserção social. Como colocado por Amartya Sen (2012), viver uma vida livre, com sentido e identidade.

E, nesse caso, viver com identidade significa ser reinserido socialmente, e se políticas públicas se baseiam no usuário como sendo um desviante, a consequência será uma exclusão, no sentido de que os usuários devem ser combatidos.

E como construir uma identidade, liberdade e reinserção social se o próprio social combate quem utiliza substâncias psicoativas? Como é de se pensar, é

preciso que a atenção básica chegue a todos que utilizam substâncias psicoativas e não o contrário, ou seja, que o usuário, chegando até a atenção básica, tenha um vínculo para que se sinta à vontade e preparado para querer fazer parte do social novamente. É preciso que exista capacitação, pois se trata de uma população extremamente vulnerabilizada.

Então, é imprescindível que o olhar para esse indivíduo seja livre de preconceitos, voltado para formas de abordagem novas e abrangentes, valorizando os diferentes modos de consumo, as razões, as crenças e os estilos de vida (LIMA, 2013, p. 3).

Esse vínculo faz parte da medida de redução de danos, pois a compreensão por parte dos profissionais que lidam diretamente com os usuários de substâncias psicoativas é extremamente importante, principalmente quando os usuários em questão também são pessoas em situação de rua, ou seja, pessoas totalmente marcadas por posições ideológicas. Assim, é fundamental a realização de modificações no processo voltado à formação de profissionais que atuam nessa área, para que, então, possam compreender o indivíduo em um uso abusivo de SPA como ser humano dotado de direitos (LIMA, 2013).

Portanto, os pesquisadores e profissionais que atuam em cima dessa temática devem investir no processo de sensibilização e aproximação dessas pessoas, estando despidos de preconceitos. Ou seja, devem pensar fora de uma normatividade advinda de políticas proibicionistas que reforçam a ideia de que o usuário de substância deva ser combatido, retirado de cena.

Ser retirado de cena remete a situações de violência, assim, deve-se pensar em uma situação de não violência que possibilite uma condição para o exercício do direito e da cidadania, que somente será possível mediante a promoção, integração e socialização sobre conhecimento de drogas. E isso só aconteceria a partir da sociedade no geral e, principalmente, dos profissionais que lidam diretamente com essa população específica.

Esse processo deve ocorrer de forma lenta, gradual e dinâmica, a partir da escuta qualificada dessas pessoas, garantindo o respeito, o sigilo, a ética, bem como priorizando os preceitos dos direitos humanos e da cidadania. Enfim, todo o processo de aproximação deve priorizar essa população enquanto sujeitos de direitos e de possibilidades (LIMA, 2013, p. 4).

Por isso, as medidas e estratégias nessa área devem ser realizadas por equipe multiprofissional, privilegiando a integração dos vários aspectos, como saúde, educação, lazer, cultura, justiça e assistência social. Tudo isso, respeitando as especificidades locais, o que implica na inclusão de espaços de convivência, com destaque para a própria rua.

Esse é o caso dos Consultórios de Rua (CR), que constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de SPA que vivem em condições de maior vulnerabilidade social. Além de serem distanciados da rede de serviço de saúde e intersetorial, são dispositivos clínico-comunitários que fornecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados às especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços de rede institucionalizada, a assistência integral e laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direito e cidadania (BRASIL, 2010).

3.2 CONSULTÓRIOS DE RUA

No Brasil, o primeiro consultório de rua surge em 1999, em Salvador, Bahia, um projeto inicialmente criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob o uso indevido de drogas. A iniciativa foi do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. A partir daí, especificamente em maio de 2004, um CR foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o atendimento em álcool e outras drogas de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade. Em 2009, o Ministério da Saúde propõe que o CR se torne uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que utilizam crack, álcool e outras drogas, mediante ações de saúde de rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O consultório de rua representa a convergência da experiência da Redução de Danos com o Programa Saúde da Família Sem Domicílio que, em 2011, com o

desdobramento do Decreto Presidencial nº 7.053/2009²⁸, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. O Ministério da Saúde adotou o CR como serviço estratégico de Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos de Saúde Mental e da Saúde da Família ao invés de extinguir um em detrimento do outro. Em 2012, com a intercessão do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, a rede básica participa com a UBS e os CR. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Dessa maneira,

O CR é um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica. Pode-se constatar a produção de uma assistência primária, com o uso de práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como a melhora do acesso aos serviços de saúde e a tentativa de proteção da qualidade de vida (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 5).

A estrutura de funcionamento dos CR é formada por uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar, constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica e de, pelo menos, um profissional da assistência social, entre eles, médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais (BRASIL, 2010). Para que esse atendimento extramuros aconteça, é necessário o uso de um carro tipo perua que, além de transportar a equipe e insumos, tenha a função de se constituir como uma referência para os usuários.

Assim, reforça-se a ideia da existência de um vínculo entre quem atende e quem é atendido. A caracterização do veículo transparece essa noção ao exibir seu “layout” de acordo com a linguagem do público que visa atender, em que, primeiramente, existe a informação de uma identificação institucional, como o nome Consultório de Rua – SUS, marcando a presença do serviço público de saúde e, em alguns casos, há veículos que foram grafitados ou que portam adesivos de símbolos contendo alguma significação para um segmento mais jovem.

A ideia é favorecer à clientela traços de identificação com o dispositivo e promover a construção de um vínculo desde o primeiro momento. O carro é

²⁸ BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. DF: Brasília, 23 dez. 2009.

um dos elementos que podem contribuir para a aproximação inicial e a construção do Consultório de Rua como um referencial para os cuidados com a saúde (BRASIL, 2010, p. 10).

O reforço do vínculo é de extrema importância e cabe também aos profissionais que atuam nos CR fortalecerem esse vínculo. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes já está à margem da rede de saúde e social, justamente por temer estigma e rejeição (BRASIL, 2010.).

Nesse sentido, uma das funções dos CR é atuar como uma ponte para a população acessar o sistema de saúde que, em muitas das vezes, não alcança essas pessoas. Para isso, a equipe que constitui os CR deve construir uma aproximação cuidadosa no sentido de adequar as ações a serem desenvolvidas, priorizando a abordagem a partir do estabelecimento de vínculos de confiança, na busca de uma interlocução singular com os usuários. “Os profissionais realizam uma escuta sensível sobre a situação atual e as histórias de vida dos usuários, ajudando-os a refletir e tentar encontrar caminhos alternativos de acordo com seus desejos” (BRASIL, 2010, p. 14).

A partir da interlocução singular é possível obter a incorporação de um conjunto de necessidades da população em situação de rua que utiliza substância psicoativa e identificar, com a comunidade, os problemas e critérios de abordagem. “A discussão grupal, vai permitindo a definição distinta dos problemas, conforme contextos distintos” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 3). A discussão grupal produz um cenário de não violência e possibilita a liberdade de escolhas, levando em conta que a liberdade não está apenas ligada ao material (SEN, 2012).

Na verdade, o material serve de consequência pós-criação de um sentido e identidade na vida das pessoas em situação de rua que dependem do uso de SPA, pois é justamente na privação de liberdade que o usuário se perde em relação às oportunidades.

Assim, os encontros com os usuários podem ajudar a problematizar a condição ética e os limites que a rede de saúde encontra quando entra em contato com pessoas em situação de rua. Isto é, a criação de políticas públicas que dialogam com o usuário com a intenção de gerar capacidade, quer dizer, políticas públicas criadas de baixo para cima, e não o contrário, em que as lógicas das instituições dominam as políticas e o imaginário de toda uma população em relação

a quem utiliza SPA. Assim, é importante frisar quais são os limites que a rede de saúde encontra quando entra em contato com as pessoas em situação de rua.

3.3 LIMITES QUE OS CONSULTÓRIOS DE RUA ENCONTRAM QUANDO ENTRAM EM CONTATO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Os limites podem ser representados mediante o fato de que as políticas públicas dos CR são embasadas em algo que ultrapassa o esperado, o programado, o prescrito, levando em conta que se utiliza abordagens participativas, e não prescritivas²⁹.

As abordagens prescritivas tendem a ser mais fáceis de serem aplicadas devido ao fato de que advêm de uma sabedoria institucional, ou seja, pautadas em uma normatividade que facilita o processo de implementação desse tipo de política pública, dado que o caminho já está traçado e respaldado. Em outras palavras, o importante são os leitos psiquiátricos para a internação, pois estes são a única forma de tratamento reconhecida.

Mas a lógica das instituições não representa necessariamente as reais necessidades da vida cotidiana das pessoas, que, seguindo a lógica das abordagens prescritivas, “A população tem que aceitar aquilo que lhe diz o especialista” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 3). O modelo participativo, ao contrário, “Decorre de propor-se a incorporar o conjunto de necessidades da população e identificar com a comunidade os problemas e critérios de abordagem” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 3).

Porém, esse tipo de atendimento implica no desafio da produção de um cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, algo que não está traçado na linha da normatividade. Pelo contrário, são atendimentos que se pautam no diferente sem o olhar carregado de que as pessoas em situação de rua que dependem do uso de SPA são desviantes. Mas essa nova situação provoca mudanças tanto psicológicas, quanto físicas.

²⁹ “[...] no campo das drogas, pode-se atuar ou desenvolver intervenções segundo dois grandes modelos: um de abordagem prescritiva e outro de abordagem participativa. No primeiro, uma “sabedoria das instituições”, estatuto legítimo, mas parcial, pois requer condições específicas de produção e gestão (estrutura ou estratégia científica, legal, administrativa, por exemplo). No segundo, a criação de diferentes vias de interlocução entre as instituições e as opiniões e saberes das populações com que se trabalhe” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 3).

Em um certo sentido, existe um desafio para todo e qualquer serviço de saúde, mas quando se trata especificamente de mudar a perspectiva de atendimento com as pessoas de situação de rua e ir de encontro a essas pessoas dentro contexto delas mesmas, ou seja, um atendimento extramuros, a realidade é outra.

A falta de paredes. A não presença da mesa. O encontro em locais moventes. A luz do sol, o vento, o frio, o calor. A sujeira, o forte odor. A conversa sobre saúde em roda de uso de drogas. O medo da polícia e da chuva. Estranhas sensações, intempestivas alegrias. Intervenção no desejo, produção de desejo. O encontro com histórias de vida em contextos angustiantes no seu próprio desenrolar. Acontecimentos que exigem um exercício de alteridade fortemente marcado pela “transvaloração dos valores” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 7).

Por outra forma, o contexto da rua é bastante dinâmico e a equipe deve ajustar seu trabalho frente ao inesperado; o caminho está sempre por se fazer junto ao usuário acolhido no encontro real e ao tempo da pessoa em situação de rua. Esse contexto exige que se suporte uma imprevisibilidade. São práticas dificultosas de serem realizadas frente a uma atenção de saúde tracejada em uma normatividade que baliza um atendimento pautado em saberes profissionais com a mínima oportunidade de intersecção com os usuários, que chegam confusos e despreparados para lidar com o tipo de atendimento produzido a partir de lógicas institucionais.

Assim, para que o atendimento extramuros funcione, é necessário que ações se pautem em uma subjetividade do sujeito e não em uma objetividade e resolutividade, caso contrário, o tempo da pessoa em situação de rua não será respeitado.

A normatividade, o enquadramento, é quem dita que as pessoas consideradas desviantes devem ser recuperadas, mas a pergunta sobre o que de fato essas pessoas querem deve ser voltada para elas mesmas, senão a realidade do atendimento será frustrante para os dois lados, já que os próprios profissionais, pautados por resoluções, se frustram.

O cuidador sofre com a condição de completo desamparo do usuário em situação de rua, sente necessidade de resolver tal problemática o mais rápido possível, e acaba atropelando o tempo daquele a quem “acolhe”. Os cuidadores, atravessados pela lógica do cuidado prescritivo em saúde, têm ações que prezam pela objetividade e resolutividade (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 9).

Dessa forma, fica o questionamento: “Existe a possibilidade de se deixar contaminar por uma lógica outra de sentidos, a do cotidiano dos moradores de rua?” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 9). Essa resposta somente será possível mediante o uso dessas novas abordagens. Como dito anteriormente, o caminho do atendimento extramuros está sendo construído, pois, até então, o caminho já estava traçado, balizado, e, agora, no atendimento feito pelos CR, existem novas formas de cuidado que, até então, não eram visibilizadas. Assim, “É num acompanhar afetivo que se torna possível ressignificar a existência do sujeito, criando modos de subjetivação inéditos” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 9), pois, caso a subjetividade das pessoas em situação de rua não for compreendida, o cenário proibicionista, de certa forma, se repetirá, no sentido de que a própria vontade de quem é atendido não será respeitada, pois o tempo das pessoas que se encontram na rua é diferente de quem presta o atendimento da saúde.

Existe a possibilidade de as pessoas em situação de rua não quererem ser atendidas, já que ficaram tanto tempo na invisibilidade da saúde e, de certa maneira, se adaptaram ao fato de não serem percebidas. Mas o fato de não querer ser atendido, em um primeiro momento, não significa que não deva haver insistência, pois o foco é uma das problemáticas encontradas quando se enfrenta o atendimento às pessoas em situação de rua, que, por sua vez, apresentam diversas necessidades de cuidado. Cuidado em álcool e outras drogas, cuidados básicos em relação a feridas e outras lesões, depressão, agressividade e surtos, e cuidados de ordem social, como confecção de documento, habitação e renda (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Portanto, a equipe que trabalha nos CR não deve esperar que suas expectativas sejam preenchidas, pois suas próprias expectativas são pautadas em objetividades e resoluções, o que não é o caso desse tipo de abordagem. O caminho é construído juntamente a quem está sendo atendido, de outra maneira, são as expectativas das pessoas em situação de rua que devem ser atendidas, e não o contrário. É preciso que o:

Consultório de Rua mantenha como sua maior e melhor característica a oferta de um serviço que atua ao nível de uma interação, onde o eixo pelo qual se processa todo o trabalho é o que envolve profissional-usuário em uma relação inter-humana, misturando técnica, teoria e sensibilidade humana (BRASIL, 2010, p. 16).

A mistura de técnica, teoria e sensibilidade humana cria uma potência para promover articulações na rede intersetorial, evidentemente com uma sensibilidade humana respaldada por uma subjetividade. Assim, os CR atuam na ponta juntamente às pessoas em situação de rua, lidando com especificidades complexas, queixas e demandas múltiplas. Situação essa que cria a necessidade de uma retaguarda que suporte os diversos problemas com os quais as pessoas em situação de rua têm de enfrentar. Esses encaminhamentos rompem com o isolamento do setor saúde, construindo parcerias eficazes que, de fato, atendam às necessidades da população. “A multidisciplinaridade da equipe pode fazer aumentar o raio de ação que se inicia na ponta para o interior da rede de saúde e outros setores” (BRASIL, 2010, p. 16).

Dessa maneira, fica exposta a ideia de uma política antiproibicionista, participativa, que lida com as questões de saúde junto à população de rua, sem se embasar em lógicas institucionais que pregam uma resolutividade, a qual, de certa forma, nunca será atingida, levando em conta que a desigualdade existe, e que grupos desfavorecidos irão existir. “[...] é notável que o grau de privação de determinados grupos socialmente desfavorecidos, mesmo em países muito ricos, pode ser comparável ao das economias em desenvolvimento” (SEN, 2012, p. 260). Porém, a ideia de trata-los como seres descartáveis, sem direitos, sem voz e assim por diante, pode ser resignificada com o desenvolver de políticas públicas criadas de baixo para cima, e não a partir de lógicas costumeiras que tentam organizar o tempo dos pacientes a partir de saberes profissionais.

Não à toa, muitos usuários resistem ao acolhimento oferecido, ficam impacientes e se demonstram insatisfeitos, mas esse cenário faz sentido se for colocada em primeiro plano as perspectivas das lógicas institucionais sendo atendidas, e não a das pessoas em situação de rua. Por mais que o profissional que trabalha de frente a essa população tenha boas intenções, é o tempo e o espaço do atendido que deve ser respeitado. As lógicas institucionais embasadas em uma determinada normatividade não sabem, de fato, o que é “melhor” para as pessoas em situação de rua; elas mesmas devem ter essa compreensão e cabe a essas novas práticas, como é o caso dos Consultórios de Rua, darem suporte nas diversas dificuldades que essas pessoas enfrentam, para que, assim, elas consigam ter capacidade a fim de adquirir liberdade.

Portanto, é percebida a importância da qualificação desse tipo de serviço prestado, pois está diretamente ligada à capacitação e fortalecimento do pessoal, bem como ao estímulo à contratação (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Isso, entretanto, pode acarretar em algumas dificuldades, como a própria estruturação do serviço, pois se não existe uma equipe engajada e principalmente qualificada, não existe o serviço. A falta de investimentos provoca uma falha, levando em conta que não ocorrem contratações e nem treinamentos para os que já estão contratados.

É possível perceber essa realidade mediante um artigo produzido com o intuito de demonstrar a experiência no serviço de Consultório de Rua, em um município da Região Metropolitana de Recife, PE, na perspectiva dos profissionais. Trata-se de um estudo qualitativo, com dados coletados através de entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais e submetidos à Análise de Conteúdo Temática. O estudo verifica que:

A reduzida quantidade de profissionais na atual e CR também foi apontada como uma das dificuldades. Essa é justificada tanto pelo momento político do município, que na época da coleta de dados estava em mudança de gestão, quanto pela falta de estímulo para os profissionais, que provoca o desgaste e o cansaço deles, levando-os a desistir ou, como outro profissional refere, “migrar” para outro serviço (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014, p. 45).

Sem contar outras dificuldades enfrentadas pela equipe, como ausência de uma rede consolidada durante a noite, dificuldades de acesso do usuário em situação de rua aos serviços de saúde devido a “barreiras burocráticas”, principalmente relacionadas à exigência de documentação, periculosidade dos locais de visita, poucos investimentos realizados pelos gestores e autoridades no CR, falta de materiais (educativos e de consumo³⁰) e comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais em relação à clientela, justamente por serem capacitados (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Logo, os serviços prestados pelos Consultórios de Rua são recentes dentro do serviço na rede de assistência à saúde para usuários de álcool e outras drogas. Portanto, destaca-se a importância da capacitação e formação continuada dos

³⁰ “Segundo os profissionais, esses materiais são necessários para que se preste um bom serviço e, muitas vezes, são adquiridos somente de maneira informal, com contatos com profissionais de outros setores e por meio da permuta do material com municípios da Região Metropolitana do Recife, PE.” (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014, p. 44).

profissionais acerca dessa temática a fim de esclarecer questões/dúvidas específicas e permitir um novo olhar sobre essa parte da população.

A partir do momento em que a gestão e os profissionais das redes de saúde e assistência ampliam a visão sobre essa população e sobre o equipamento, acredita-se que serão possíveis maiores investimentos, permitindo a intensificação e ampliação das intervenções junto a essa população com a efetivação da articulação intersetorial (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014, p. 46).

Porém, enquanto não é possível a intensificação e ampliação desse serviço, outros são colocados em cena, como políticas proibicionistas que se utilizam de abordagens prescritivas, como é o caso das Comunidades Terapêuticas. Estas, apesar de não fazerem parte da própria política oficial³¹ do Ministério da Saúde – Redução de Danos –, tem sua presença no cenário Brasileiro anterior a essa formulação e sua consolidação e crescimento se pautam na:

“[...] ausência de estratégias efetivas que deem conta do problema crescente das drogas; a inexistência de diretrizes e de fiscalização contínua das escassas iniciativas, assim como, uma concepção muito presente no senso comum a favor da internação” (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 516).

Assim sendo, é importante a contextualização das Comunidades Terapêuticas, levando em conta que elas também integram o Sisnad e são mais uma opção de atendimento ao usuário ou dependente.

3.4 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas vão na direção oposta da política de redução de danos e são pautadas pela abstinência. O discurso religioso é central na organização e no cotidiano institucional, marcado por atividades como orações, reuniões de grupo e catequeses, e o espaço é marcado por signos religiosos, como crucifixos e imagens de santos (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 516). Isso remete à religião um papel central nessa abordagem.

Diversos estudos científicos apontam relevância nesse tipo de prática, em que a religião e a fé são utilizadas para manutenção, assim como para a melhora das condições de saúde. Apesar de esses estudos terem enorme dificuldade para

³¹ Desde 2003 a Redução de Danos é política oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

estabelecer um padrão medidor de religiosidade, ao longo dos últimos 30 anos, dados quantitativos vêm apontando para a relevância desta na prevenção do consumo de drogas. Os indicativos demonstram a existência de uma associação positiva entre o não consumo de drogas e os altos índices de religiosidade³², que podem ser expressos pelas idas frequentes à igreja e pela importância dada à religião professada (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Desse modo, as CTs são pautadas em uma religiosidade e sua origem remonta à segunda metade do século XIX, a partir de grupos religiosos cuja convivência em um ambiente acolhedor e de comprometimento mútuo agregava também usuários abusivos de álcool. Essa experiência serviu de inspiração aos Alcoólicos Anônimos (AA), fundado em 1935, que cria o modelo dos “12 passos para a abstinência³³”, um dos pilares dos tratamentos em CTs (SCADUTO, 2010).

No site dos Alcoólicos Anônimos está descrito esses 12 passos. No início da descrição, se encontra a seguinte frase de efeito: “*Quando tudo mais falha*”, dizia o médico da roça, “ *siga as instruções*”, ou seja, um modelo prescritivo elaborado de cima para baixo, em que o usuário segue instruções e não ajuda a construí-las, como é o caso da RD (PRINCÍPIOS DO AA, 2018). Os 12 passos consistem em:

Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas; Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade; Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos; Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas; Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter; Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições; Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados; Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem; Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente; Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade; Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (PRINCÍPIOS DO AA, 2018, p. 1).

³² A religiosidade representa a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma religião (SANCHEZ, NAPPO, 2007).

³³ Baseada no Modelo Minnessota, de essência predominantemente espiritual e baseada na ajuda mútua, em que existe uma tentativa de integrar várias técnicas psicológicas com a proposta dos doze passos (RIBEIRO, MINAYO, 2015).

Esse modelo dos 12 passos foi inicialmente criado para usuários abusivos de álcool, tendo se estendido para usuários abusivos de outras substâncias, e caso o usuário consiga alcançar esses 12 passos, seria também possível alcançar uma “cura”. E, seguindo essa mesma linha, no final dos anos 1950, foi fundada, nos Estados Unidos, a primeira CT propriamente dita, cujo nome era *Synanon*³⁴, e, em 1963, foi fundada a comunidade Dayton Village, pelo então ex-interno e hoje pesquisador, David Deicht, e o padre William O’Brien (SCADUTO, 2010).

Aproximadamente no mesmo período, Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano, organizava o primeiro modelo de CT para portadores de transtornos mentais, pautado em um desenvolvimento dito “inovador” de tratamento psiquiátrico que substituíria o antigo conjunto de normas rígidas por um ambiente terapêutico que beneficiasse a recuperação do indivíduo, fazendo com que fosse despertado um processo contínuo de reinserção e reeducação social (SCADUTO, 2010).

Seguindo essa linha, em 1960 surgiram as primeiras comunidades dedicadas exclusivamente ao tratamento de dependência de álcool e outras drogas, e com a multiplicação de iniciativas desse tipo da América do Norte, a experiência foi exportada para alguns países da Europa e, posteriormente, para América Latina, Ásia e África. No Brasil, as CTs, em sua maioria, são instituições não governamentais que iniciaram seus serviços na década de 1970 e tiveram maior expansão na década de 1990 (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015).

Todas as instituições de CTs compartilham de princípios em comum, apesar de apresentarem variações no que se refere à organização do tratamento e da equipe, localização dos serviços – onde existem comunidades na área urbana, rural, prisões e outras instituições correcionais – e formas de tratamento oferecidas, como instituições que oferecem tratamentos de curta duração ou intensivos³⁵ (SCADUTO, 2010).

Para as CTs é fundamental separar o dependente de seu ambiente físico, social e psicológico, visto que tal ambiente está associado à perda de controle e um estilo de vida disfuncional.

³⁴ Método Synanon, de essência predominantemente analítica, baseado na autoconfiança do indivíduo e na laboterapia (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

³⁵ “Tratamentos de curta duração (de 3 a 6 meses, em geral com estágios ambulatoriais pós-tratamento) ou intensivos (como mais tradicionalmente observado), entre 9 a 12 meses de duração” (SCADUTO, 2010, p. 24).

Assim, essa separação possibilita aos usuários estar longe das drogas, cuja facilidade de acesso constitui uma das principais razões para a desistência do tratamento, e permite que eles se vinculem gradativamente à CT e à sua filosofia de vida. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015, p. 1236).

O relacionamento entre os internos e as atividades colocadas pelas CTs são o material base para que os usuários possam refletir acerca de seu estilo de vida pessoal e da relação desse estilo com o uso abusivo de substâncias psicoativas. Dessa forma, as CTs se constituem por um ambiente total, onde:

Os internos se responsabilizam pelos cuidados com limpeza, higiene, alimentação e manutenção da instituição como um todo. Devido à grande parte das CTs se localizarem fora do perímetro urbano no Brasil, também são incluídas atividades ligadas ao trabalho rural, como cuidas de hortas e animais (SCADUTO, 2010, p. 25).

A equipe das CTs pode ser composta partindo de três modelos: religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; religioso-científico, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; e religioso misto, que une as modalidades anteriores (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 515). Mas apesar de serem diferentes em alguns pontos, contemplam em si a mesma ideia: de que promover a saúde mental consiste em um processo de adaptação social.

A ideia de uma adaptação social pode ser complementada mediante o fato de que, apesar de as CTs representarem uma proposta diferente dos manicômios, não deram conta de resolver a questão da exclusão. O usuário/dependente que chega até essas instituições ainda é considerado como “interditado”; não existe um convívio com família, com a comunidade, ou seja, a exclusão continua ocorrendo.

Assim, as instituições não conseguem dar conta do tratamento dos internos, “Uma vez que se criam condições ideais dentro da instituição que não se sustentam quando o egresso se separa com o mundo real” (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015, p. 1235).

Porém, mesmo dentro do cenário apresentado, o Ministério da Saúde estipulou o apoio financeiro em recursos do SUS às CTs, levando em consideração que, até 2010, as CTs estavam somente ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (Suas)³⁶, não fazendo parte da cobertura do SUS (BOLONHEIS-RAMOS;

³⁶ O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o

BOARINE, 2015). Por isso, vale ressaltar a consolidação das CTs na rede complementar de saúde e SUS, assim como as implicações advindas desse tipo de tratamento prestado.

3.5 CONSOLIDAÇÃO E IMPLICAÇÕES DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE COMPLEMENTAR DE SAÚDE E NO SUS

As CTs funcionavam como instituições particulares para o tratamento de dependentes de drogas, porém, tornaram-se alvo de atenção nacional nos últimos anos, especialmente devido às discussões sobre internação involuntária e compulsória no Brasil, tomando por base que a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216/2001³⁷) define três modalidades: voluntárias (com o consentimento do usuário), involuntárias (sem consentimento do usuário, a pedido de terceiros e realizada por um médico) e compulsórias (determinada pela Justiça) (MADALENA; SARTES, 2018).

Após a regulamentação para o funcionamento das CTs pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária (Anvisa) e, principalmente, a partir do programa federal “Crack é possível vencer”³⁸, as CTs foram incluídas na rede complementar de saúde do SUS para atendimento de usuários de crack, álcool e outras drogas, recebendo financiamentos de leitos. O Governo Federal disponibiliza recursos financeiros a estados, municípios e DF que poderão aderir ao programa assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública (MADALENA; SARTES, 2018).

Em 30 de junho de 2011, a Anvisa aprovou a resolução da Diretoria Colegiada n. 29, que substitui a resolução n. 101, propondo modificações para que essa norma se adequasse à realidade das CTs, possibilitando a entrada dessas instituições no SUS. Assim, em dezembro de 2011 as CTs foram oficialmente

financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo, diretamente, estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal (SUS).

³⁷ 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. DF: Brasília, 6 abr. 2001.

³⁸ O Crack é possível vencer, é um amplo trabalho realizado pelos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, visando oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio em todas as suas necessidades, contribuindo, dessa forma, para a redução dos índices de consumo de drogas.

incluídas na rede atenção psicossocial, através da portaria nº.3088³⁹ (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015).

Desse modo, as CTs são respaldadas pelo Estado a agirem dentro do contexto de drogas no Brasil, porém, a inclusão das CTs no SUS tem levado críticas e gerado debates por parte de profissionais da saúde, conselhos de categorias profissionais e outras entidades interessadas.

O próprio Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria contestam as propostas de financiamento das CTs com recursos públicos, os quais deixam de ser investidos na própria ampliação de rede pública de saúde, visto que é RD a política reconhecida pelo Ministério da Saúde. “Tais entidades destacaram também que muitas CTs substituem o tratamento médico por um programa terapêutico cuja eficácia não é comprovada cientificamente” (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015, p. 1237).

Desse modo, o financiamento dos leitos nas CTs não pode ser considerado como fortalecedor da rede de atenção psicossocial, pelo contrário, cria-se uma rede paralela e não complementar. Nesse sentido, pode ser considerado precipitado o fato de trazer tais entidades para a rede pública de saúde com o simples argumento de que os serviços atuais, como os CR, não estão dando certo, levando em conta que as próprias CTs não conseguiram provar sua eficácia.

Longe disso, a eficácia está longe de acontecer. A compreensão de que não são todas as CTs que cumprem com o mínimo exigido em relação às normas exigidas pelo Ministério da Saúde pode ser vista a partir do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizada em outubro de 2017.

O relatório apresenta o resultado da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas: foram visitadas 28 instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal). A síntese do relatório tem por objetivo apresentar um retrato do modo de atuação desse tipo de instituição, dando ênfase ao fato de que “Em todas, foram constatadas algum nível de violação de direitos humanos” (BRASIL, 2018, p. 21).

Portando, é de extrema importância ressaltar os problemas e limites enfrentados pelas CTs, principalmente em se tratar na violação de direitos humanos.

³⁹ BRASIL. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DF: Brasília, 23 dez.2011a.

3.6 VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O desencontro das informações sugere que há diversas entidades funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento (RIBEIRO; MINAYO, 2015). Isso pode ser um problema, tomando por base que existem muitas denúncias que expõem a existência de maus-tratos e de violações de direitos, o que coloca a CT na contramão das políticas públicas contemporâneas de saúde mental e as aproximando dos antigos manicômios (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

A Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas apresenta os serviços prestados pelas CTs inseridos dentro de um caráter asilar⁴⁰, valendo ressaltar que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001:

[...] ao dispor sobre proteção e direitos de pessoas com transtornos mentais e reorientar o modelo assistência em saúde mental, estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Veda, em seguida, a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares. (BRASIL, 2018, p. 54).

De outro modo, o fato de as CTs serem colocadas dentro de um caráter asilar, se baseia no aspecto de que as CTs inspecionadas apresentam propostas de tratamento que, na quase totalidade, articulam isolamento, abstinência, uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais – sob o nome laboterapia – e referências religiosas ou espirituais. Esses elementos caminham no sentido de avaliações morais e doutrinadoras que não podem se configurar como tratamento em saúde sob qualquer aspecto, menos ainda o interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, levando em conta que a própria vontade do atendido não é respeitada (BRASIL, 2018).

Em outras palavras, o tratamento apresentado pelas CTs é altamente invasivo, pois o que se encontra como regra são práticas de anulação de

⁴⁰ “O caráter asilar é definido por duas vias: a) a ausência de recursos para oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e b) a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, enumerados, na própria lei, como acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários, com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, protegido de abuso e exploração, com direito à presença médica, acesso a meios de comunicação, entre outros” (BRASIL, 2018, p. 21).

subjetividade, de restrição à privacidade e do contato com o mundo exterior, além da busca de uma resolução que parte de quem está tratando.

Esse modo invasivo é apresentado mediante o fato de que existem regras, multas e, até mesmo, punições pelas tentativas de fuga ou pelo descumprimento de regras internas. As consequências desse tipo de ação são: isolamento e restrição do convívio social; incomunicabilidade e visitas restritas; difícil acesso, muros, portões, trancas e restrições às saídas; retenção de documentos e dinheiro, e violação do sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação (BRASIL, 2018).

O relatório também apresenta uma ausência de projeto terapêutico singular. Esse projeto é o eixo central da diretriz estabelecida pelo art. 2º, inciso XII da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e inclui as comunidades terapêuticas entre os serviços de atenção em regime residencial (BRASIL, 2018).

Entretanto, com a inspeção nacional após a aplicação do método de triangulação entre as informações oficiais, entrevistas com pessoas internadas e documentos recolhidos, foram encontradas falhas e inadequações entre as instituições que afirmam possuir o projeto terapêutico singular.

A fragilidade ou inexistências de projetos terapêuticos singulares indica a impossibilidade, nessas CTs, da oferta de tratamento em saúde, de maneira que respeite as singularidades e que caminhe para a construção da possibilidade de saída do local de isolamento, recurso que, se empregado, deveria, de acordo com a legislação brasileira, ser temporário e promover a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2018, p. 79).

Também foi exposta a violação da liberdade religiosa, dado que o tratamento para transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas é um processo de cuidado em saúde, e as bases que o regem não devem ser religiosas: “Devem nortear a atenção à saúde o conjunto de práticas e de princípios profissionais que orientam o atendimento na área, especialmente quando se trata de atendimentos referendados ou subsidiados pelo Estado, com recursos públicos” (BRASIL, 2018, p. 79).

Isso além de outras falhas apresentadas, tais como: laboterapia usada como exploração de trabalho e ferramenta de disciplina; ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização; violação da norma sobre o período de internação e ausência de registros individuais dos residentes (BRASIL, 2018).

Falhas são encontradas também em relação às equipes de trabalho, onde existe: fragilidade nas equipes multidisciplinares; indícios de violação de direitos trabalhistas; administração irregular de medicações; indícios de violações éticas no trabalho dos psicólogos, além de falhas na infraestrutura e insumos básicos, como a ausência de alvará sanitário (BRASIL, 2018).

Essas práticas remetem aos encaminhamentos adotados nos antigos asilos, colônias e reformatórios do início do século XX, no sentido de existir uma proposta higienista, em que o usuário deve ser retirado de cena para poder ser tratado. Porém, a eficácia do movimento higienista não apresenta registros de resultados positivos (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015).

A própria história das políticas proibicionistas mostra que o alvo da segregação são os ditos miseráveis, marginais, desempregados, imigrantes, desocupados, índios, negros e assim por diante. Dito de outra forma, todos aqueles que ameaçam uma dita norma pública. E mesmo com o movimento da reforma psiquiátrica, os hospitais de internação prolongada continuam sendo admitidos dentro das políticas públicas de saúde mental e aprovados pela sociedade. Portanto, essas internações prolongadas de cunho higienista continuam afetando a mesma população, ou seja, aqueles que vivem dentro de uma vulnerabilidade e que fogem de uma normatividade social. E, de certa forma, essas políticas proibicionistas reforçam a ideia de que a pessoa que utiliza SPA deve ser retirada de cena.

Além disso, tem-se o fato de que o financiamento público das CTs privilegia as ações das iniciativas privadas e:

Com menos investimentos de recursos em dispositivos públicos, aumentam-se as dificuldades para o seu pleno funcionamento e, com isso, incrementam-se as justificativas para a terceirização e privatização de outros serviços dessa natureza (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINE, 2015, p. 1244).

Por fim, as CTs vão na contramão da política de redução de danos e fortalecem um universalismo que coloca em jogo a maximização da precariedade para alguns e a minimização da precariedade para outros, reforçando a ideia da higienização, em que o usuário de SPA deve ser retirado de cena.

CONCLUSÃO

O que se pode concluir a partir dessa pesquisa são questões pontuais, pois é necessário que mais pesquisas sejam feitas na área a fim de buscar a melhor abordagem possível para as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e dependem do uso de substâncias psicoativas.

A presente pesquisa discorreu com a intenção de questionar a eficácia das políticas públicas proibicionistas em relação ao uso indevido de SPA (CTs), assim como de fazer uma revisão das políticas antiproibicionistas que englobam as dificuldades enfrentadas perante as Políticas de Redução de Danos, especificamente dos Consultórios de Rua.

As dificuldades do CR se referem ao fato de que essa ainda é uma política pública em construção, ou seja, existe certa dificuldade de se efetivar uma política que contradiz os moldes que sempre balizaram o tratamento das pessoas consideradas desviantes. E apesar de ser uma política pública considerada eficaz teoricamente – já que, de 2003, a Redução de Danos é considerada a política oficial do Ministério da Saúde – existe uma resistência em, de fato, aplicá-la.

Tal dificuldade permanece devido ao fato de ainda existir a concepção normativa de que pessoas consideradas desviantes devam ser combatidas, excluídas, postas para fora do convívio social, para, assim, poderem receber algum tipo de tratamento, como é o caso das CTs, que trabalham dentro de um caráter asilar. Essa realidade pode ser demonstrada a partir da decisão recentemente tomada no cenário brasileiro, em que o atual Presidente, Jair Messias Bolsonaro, sancionou, no dia 05 de junho de 2019, a Lei nº 13.840, que permite a internação involuntária de dependentes químicos. Segundo o novo texto, que modifica a então vigente Lei das Drogas, de 2006, o aval para internação do dependente químico poderá ser pedido pela família, pelo responsável legal ou, na ausência, pelo servidor público da área da saúde, seja da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad (BOLSONARO, 2019).

Cenário esse que, por um lado, contradiz a política reconhecida pelo Ministério da Saúde (RD), justamente por não ser respeitado o tempo e o espaço das pessoas em situação de rua que utiliza SPA. O que se observa nessa decisão são práticas tomadas de cima para baixo e não de baixo para cima, assim como é

preconizado na política de Redução de Danos. E, por outro lado, o fortalecimento da ideia do desviante ser considerado um inimigo público. As práticas proibicionistas trazem consigo a ideia de que algo precisa ser combatido, independentemente do que seja, e nada mais útil nesse pensamento do que colocar os problemas sociais vinculados aos que são considerados desviantes.

Tanto que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁴¹ realizou o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, uma pesquisa realizada a partir de edital público, lançado, em 2014, pelo Senado. A intenção da presente pesquisa não é adentrar no que o Levantamento Nacional mostrou, porém, vale ressaltar resumidamente os resultados das pesquisas, a fim de exemplificar um cenário proibicionista (FRIOCRUZ, 2019).

A pesquisa ouviu mais de 16 mil pessoas. Foram 4 anos de trabalho, entre 2014 e 2017. A pesquisa contou com mais de 500 profissionais de diferentes áreas: entrevistadores de campo, pesquisadores da área de epidemiologia e estatística. O resultado apurado foi de que não existe uma epidemia de uso de drogas no Brasil. Os resultados mostram que o Brasil teve um pequeno aumento do uso de álcool, ou seja, um cenário que não surpreende a comunidade científica, uma vez que é um cenário mais ou menos esperado e, portanto, não existe razão, a não ser uma razão ideológica (GOVERNO, 2019).

Esses mesmos resultados foram contestados pelo atual Ministro da Cidadania, Osmar Terra, com a concepção de que a Fiocruz possui um viés de defender a liberação das drogas. O que se conclui a partir desse cenário apresentado é que existem posições ideológicas que se cristalizam em políticas públicas e mesmo com pesquisas sendo feitas, as conclusões que partem dessas posições são tomadas por uma balizagem que preconiza que o diferente deve ser combatido mesmo com a comprovação de que não existe uma epidemia de drogas. Em outras palavras, um inimigo público é criado com a intenção de que os problemas sociais sejam justificados, como atribuir violência, homicídios e desigualdade ao fato de que existe uma epidemia de drogas.

Esse contexto exemplifica o caminho trilhado pelas políticas proibicionistas, ou seja, as CTs trabalham dentro de um caráter asilar, com um alto nível de

⁴¹ Promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania. Esses são os conceitos que pautam a atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde, a mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina.

exigência em relação a quem é tratado, no sentido de existir proibições, como a abstinência. Inseridas nesse contexto, as PSR que utilizam SPA são levadas para longe do convívio social, o que, dentro de uma lógica higienista, funciona bem, pois, assim, é passada a impressão de que problemas sociais estão sendo resolvidos, já que, nessa lógica, os problemas sociais são atribuídos aos considerados desviantes.

Porém, essa lógica é coberta por posições ideológicas que não permitem que as próprias vontades das pessoas que estão sendo tratadas sejam respeitadas. A RD é quem permite que exista esse respeito, pois é uma política que se constrói junto ao dependente, com um baixo nível de exigência. Essa política se isenta de posições ideológicas, sendo uma medida que não é focada no mérito do que é certo ou errado, propiciando uma liberdade de escolha para quem está sendo tratado, e assim, gerando melhor retorno para uma reinserção social.

Portanto, é necessário que investimentos e capacitações sejam feitos nos CR, pois sua eficácia é comprovada tanto cientificamente, quanto na prática. O que falta são incentivos, pois essa é uma política que está diretamente ligada com a eficiência da equipe, e sem capacitação e contratações, a política não consegue se sustentar. E em relação às CTs, é preciso que exista, cada vez mais, fiscalizações para que os direitos humanos não sejam violados, além de ser necessário o rompimento da ideia de que os desviantes precisam ser postos para fora, pois quem deve decidir onde ficar é a própria pessoa que se encontra em dependência do uso de SPA, e, para isso, ela precisa ser capacitada, e não cortada de cena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Helena Neves; ALBUQUERQUE, Cristina Pinto; SANTOS, Clara Cruz. Cultura de Paz e Mediação Social. Fundamentos para a construção de uma sociedade mais justa e participativa. **Mediaciones Sociales**, p. 134, 2013.

BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Zahar, 2008.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015.

BOLSONARO sanciona lei que permite a internação involuntária de dependentes químicos. In: **O Globo**, 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/bolsonaro-sanciona-lei-que-permite-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos-23721399>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Decreto nº 891 de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Diário oficial da união, Rio de Janeiro, RJ, 25 nov.1938.

BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário oficial da união, DF: Brasília, 21 out.1976.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Legislação sobre 1992 entorpecentes no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça. 1992.

BRASIL. Lei nº 10.2016 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, DF: Brasília, 6 abr. 2001.

BRASIL. Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de

DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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, DF, 23 ago. 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS:** material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz; 2010.

BRASIL. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da união, DF: Brasília, 23 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa Crack é Possível Vencer:** enfrentar o crack compromisso de todos. 2011b.

BRASIL. [Lei antidrogas (2006)]. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad: Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e legislação correlata. – 2. ed. [recurso eletrônico] – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas** – 2017. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

BRASIL. Decreto nº 9.785 de 11 de abril de 2019. Dispõe sobre a forma de tratamento e de endereçamento nas comunicações com agentes públicos da administração pública federal. Diário oficial da união, Brasília, DF, 11 abril. 2019.

BUTLER. Problemas de gênero: Feminismo e Subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Rev Outubro**, v. 6, n. 6, p. 115-28, 2002.

CARVALHO, J. C. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional. In: SEMANA DE HISTÓRIA E III SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA: POLITICA, CULTURA E SOCIEDADE, 6, 2011. *Anais...* 2011.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171, 2002.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das USB, CAPS-ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: CRUZ, M. S. **As redes comunitárias e saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**. Módulo 6 – coordenação do módulo: Marcelo Santos Cruz. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2011.

CUNHA, V. M. *A eficácia da Lei nº 11.343/06 – Lei de Drogas. Uma análise crítica ao Sisnad – Sistema Nacional de Políticas sobre drogas*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Faculdade Pitágoras, Uberlândia, 2018.

DOMANICO, A.; MACRAE, E. Estratégias de Redução de Danos entre Usuários de Crack. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

DUARTE, P. C. A. V. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: ANDRADE,

T. M. **O uso de substância psicoativa no Brasil**: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 34-43.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; SILVA, Lígia Maria Vieira. **Intersectorialidade em saúde**: um estudo de caso. Rio de Janeiro, Editora; FIO CRUZ, 2005.

FIOCRUZ assegura qualidade de pesquisa nacional sobre drogas. In: **FIOCRUZ**, 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assegura-qualidade-de-pesquisa-nacional-sobre-drogas-0>>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

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

GALTUNG, J. **Peace by peaceful means**. London, Sage, 1995.

GEHRING, Marcos Roberto. O Brasil no contexto dos acordos e políticas internacionais para o combate às drogas: das origens à atualidade. **Revista do laboratório de estudos da violência da Unesp**, Marília, v. 10, 2012.

GOVERNO censura pesquisa da Fiocruz sobre uso de drogas no Brasil. In: **G1**, 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/05/29/governo-censura-pesquisa-da-fiocruz-sobre-uso-de-drogas-no-brasil.ghtml>>. Acesso em: 21 de junho de 2019

KARAM, Maria Lúcia. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, C. M.; CAMPO, M. A. **Drogas, dignidade e inclusão social**: a lei prática da redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003. p. 45-97.

LARANJEIRA, Ronaldo; ROMANO, Marcos. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, s. 1, p. 68-77, 2004.

LIMA, Helizett Santos de. **Consultório na Rua em Goiânia**: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. 2013.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 251-260, 2014.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MACHADO, Ana Regina; CARNEIRO MIRANDA, Paulo Sérgio. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, 2007.

MADALENA, Tatiana Silveira; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 1, p. 21-36, 2018.

MESQUITA, Fábio; RIBEIRO, Maurides de Melo. As estratégias de redução de danos junto a usuários de drogas injetáveis (a troca de seringas): aspectos médicos legais. In: **Atualidades em DST/AIDS: redução de danos**. 1998. p. 61-75.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

PACHECO, M. A. A. G. *Política de Redução de Danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE*. 2013. Dissertação (mestrado em Políticas Públicas e Sociedade). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PERGENTINO, Paula Regina Lima de Moraes. **“Suave” guerra às drogas**: usuários em situação de rua. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

PRINCÍPIOS de AA: Passos tradições e conceitos. Alcoólicos Anônimos Brasil. 2018. Disponível em: Acesso em: <<https://www.aa.org.br/index.php/sobre-o-aa/categorias/principios-de-a-a>> 10 de jun. de 2019.

PUREZA, José Manuel. Estudos sobre a paz e cultura da paz. **Nação e Defesa**, n. 95/96, p. 33-42, 2000.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 515-526, 2015

RODRIGUES, Thiago. A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. **São Paulo em perspectiva**, v. 16, n. 2, p. 102-111, 2002.

SANCHEZ, Z. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.

SCADUTO, Alessandro Antonio. *O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica*. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Editora Companhia das Letras, 2012.

SOUZA, Viviane Cássia Aranda; PEREIRA, Andrea Ruzzi; GONTIJO, Daniela Tavares. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 1SE, 2014.

TORCATO, Carlos Eduardo. Breve História da Proibição das drogas no Brasil: uma Revisão. **Revista Inter-Legere**, n. 15, p. 138-162, 2014.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. A UNODC E A RESPOSTA ÀS DROGAS. 2019. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/index.html>>. Acesso em: 21. jun. 2019.

VOLCOV, Katerina; VASCONCELLOS, Maria da Penha. “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 2, p. 99-105, 2013.