

CRIMINALIZAÇÃO, DESASSISTÊNCIA E CONTROLE: ENTRAVES PARA MOVIMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM A REMANICOMIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

CRIMINALIZATION, DISASSISTANCE AND CONTROL: BARRIERS TO THE MOVEMENT OF USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES WITH THE RE-ASYLUM PLACEMENT OF THE MENTAL HEALTH POLICY

Júlio César Paiva e Silva¹
Lucia Cristina dos Santos Rosa²

Resumo: Historicamente, a hegemonia da política proibicionista no trato do consumo prejudicial de substâncias psicoativas redundou no estigma, na criminalização, controle e desassistência desse segmento, com alta incidência de marcadores das desigualdades sociais, sobretudo classe e raça. Utilizando a pesquisa bibliográfica como METODOLOGIA, este ensaio tem por OBJETIVO analisar alguns aspectos da organização do movimento de usuários de substâncias psicoativas (SPA) no Brasil e as complicações causadas pela remanicomialização da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas que silencia vozes e descontrói as possibilidades de corresponsabilização. RESULTADO: Reorientações pautadas na desinstitucionalização da Saúde Mental e Redução de Danos acenaram para o reconhecimento da heterogeneidade dos usuários de SPA e proporcionaram o fortalecimento da organização política com o fomento da participação social na formulação e avaliação dos serviços de saúde mental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Observa-se que a remanicomialização intensifica a criminalização, a desassistência e o controle, dificultando a participação social e protagonismo do movimento de usuários de SPA.

Palavras chave: remanicomialização; participação social; substâncias psicoativas.

Abstract: Historically, the hegemony of the prohibitionist policy in dealing with the harmful consumption of psychoactive substances resulted in stigma, criminalization, control and lack of assistance in this segment, with a high incidence of markers of social inequalities, especially class and race. Using bibliographic research as a METHODOLOGY, this essay OBJECTIVE to analyze some aspects of the organization of the movement of users of psychoactive substances in Brazil and the complications caused by the re-asylumization of

¹ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí. ORCID: 0000-0002-3781-0213. E-mail: juliomcps@gmail.com

² Assistente Social. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco e em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí - UFPI. ORCID: 0000-0003-2612-2981. E-mail: luciacsrosa@gmail.com

Artigo submetido em: 16 de maio de 2022.

Artigo aceito em: 19 de julho de 2022.

p. 138-161. DOI: <https://doi.org/10.46551/rssp202225>

the Mental Health Policy, alcohol and other drugs that silence voices and deconstruct the possibilities of co-responsibility. RESULTS: Reorientations based on the deinstitutionalization of Mental Health and Harm Reduction signaled the recognition of the heterogeneity of PAS users and provided the strengthening of political organization with the promotion of social participation in the formulation and evaluation of mental health services. FINAL CONSIDERATIONS: It is observed that re-asylum placement intensifies criminalization, lack of assistance and control, hindering social participation and protagonism of the movement of SPA users.

Keywords: re-asylum placement; social participation; psychoactive substances

INTRODUÇÃO

As formas como o Estado gestou e implementou a política sobre drogas no mundo Ocidental, entre os séculos XIX e XX, baseada no paradigma proibicionista, culminou no estigma dos usuários de substâncias psicoativas, o que interferiu diretamente na organização e participação social deste segmento e na sua relação com a sociedade. Historicamente, as pessoas que consomem SPA foram vinculadas ao crime e a doença, em um binômio repressão-assistência (GUIMARÃES; ROSA, 2019), com o auxílio de um discurso moralista, culpabilizante e criminalizador. Estes indivíduos tornaram-se alvos das políticas de Saúde e Segurança, forjando um modelo "médico-criminal" fundamentado em ideais eugenistas, manicomiais e proibicionistas.

Ao longo do século XX o Estado brasileiro criou um aparato jurídico institucional para realizar intervenções destinadas ao controle do comércio e do consumo de SPA, em nome de preservar a segurança e saúde do e no país. Porém, as abordagens e intervenções durante esse período foram predominantemente desenvolvidas no campo da Segurança Pública, gerando dificuldades para a inclusão da saúde pública no acompanhamento das questões associadas ao consumo de substâncias psicoativas, com significativo atraso do Sistema Único de Saúde em assumir esta responsabilidade.

Entretanto, enquanto mecanismo de manutenção da ordem, o campo da Saúde persistentemente se relacionou com o campo da Segurança Pública para instituir e fortalecer ideais proibicionistas e manicomiais. É nesse contexto que a medicina começa a voltar suas práticas para os usuários de substâncias psicoativas, fundamentando-se em um modelo moral e, depois vinculado a uma perspectiva biologizante com ideais de controle e segregação.

Somente com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira antimanicomial, no final de 1970, que este campo passa por transformações significativas, ao possibilitar, a partir da organização de vários segmentos sociais, outra forma de cuidado para as pessoas com transtorno mental e consumo prejudicial de substâncias psicoativas - SPA. Utiliza-se da desinstitucionalização da Política de Saúde Mental como mecanismo para a reinserção social e comunitária dos sujeitos até então segregados, considerando as determinações do processo saúde-doença-cuidado e a construção da cidadania desse segmento.

Nas décadas seguintes - 1980 e 1990 - experencia-se estratégias pontuais de Redução de Danos e aumento da participação social dos usuários de substâncias psicoativas. Mas apenas a partir dos anos 2000 que se materializa uma reorientação, repleta de tensões, na política e na legislação em relação ao cuidado das pessoas em uso prejudicial de SPA.

Com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, o consumo prejudicial de substâncias psicoativas é inserido como um dos temas da agenda pública de saúde mental, vinculado aos direitos humanos e ao cuidado em liberdade. Esta inclusão produz mudanças significativas nos pressupostos da abordagem e na garantia de direitos dos usuários de SPA e, conseqüentemente, em sua organização política, fortalecendo o empoderamento, protagonismo e participação social deste segmento.

Na correlação de forças dos diferentes grupos, na conjuntura, o que se testemunha desde o início da década passada é um processo de contrarreforma psiquiátrica e remanicomialização da política de saúde mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Desde a implementação do Programa "Crack, é possível vencer", em 2011, coordenado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública e não pelo Ministério da Saúde, as articulações manicomiais começaram a ganhar mais força no Brasil, assim como a defesa da internação forçada, sob a falsa justificativa de uma epidemia de crack e a reorientação orçamentária para financiamento de leitos em Comunidades Terapêuticas pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Com o golpe parlamentar na ex-presidenta Dilma Rousseff, em 2016, e a ascensão do Estado Ultraliberal com a presidência de Jair Bolsonaro a partir de 2019, o processo de remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental como componente do projeto de desmonte do SUS é intensificado. Os processos de exclusão das representações da sociedade civil nas decisões do Conselho Nacional de Política sobre Drogas, e agudização

do sucateamento dos serviços de desinstitucionalização da saúde mental, somados às propostas de “revogação” das legislações que embasaram a reestruturação da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas a partir do paradigma da atenção psicossocial constitutivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e instituição da “nova” política nacional sobre drogas, através do Decreto nº 9.761/2019 - que revoga inteiramente o Decreto nº 4.345/2002 e põe a abstinência como única estratégia de tratamento. Logo, volta a defender a construção de uma sociedade protegida do uso de substâncias psicoativas, o que demoniza a substância e contribui para a criminalização do seu consumidor - sendo importantes ferramentas da contrarreforma psiquiátrica. (SILVA; ROSA, 2021)

Diante dessa realidade, o presente ensaio tem por objetivo analisar a organização do movimento de usuários de substâncias psicoativas no Brasil e as complicações causadas pela remanicomialização da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, na direção do desmonte do que havia sido construído no processo considerado de “consolidação democrática”, pós Constituição Federal de 1988. Sem a pretensão de esgotar todos os ângulos da questão, traz-se elementos para subsidiar o debate.

ATENÇÃO DO ESTADO BURGUÊS ÀS PESSOAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A relação entre seres humanos e substâncias psicoativas é tão duradoura quanto diversa. O ato de consumir estas substâncias esteve presente em diferentes sociedades, com múltiplos significados e finalidades (ROSA; GUIMARÃES, 2020), o que evidencia o caráter trans histórico do consumo de SPA (BRITES, 2017). A presença milenar dessas substâncias no cotidiano dos seres humanos revela sua configuração como uma necessidade humana multifatorial (PINHEIRO, 2017; ROSA e GUIMARÃES, 2020; VAZ, 2018).

Antes de serem consideradas “o mal da humanidade” no mundo Ocidental com a adoção da política proibicionista, as substâncias psicoativas receberam a alcunha de especiarias e foram tratadas como importantes riquezas naturais, muito cobiçadas pelos europeus durante o processo de expansão do capitalismo no Oriente e nas Américas. Nota-se que o significado dado às substâncias psicoativas é resultado de um processo

histórico, político, social e econômico de determinado período, e que ganha contornos específicos com os processos colonizadores Ocidentais, ora consideradas objetos de desejo dos colonizadores, ora objeto proibido, "arruinador de sociedades".

Além de se enquadrar na categoria de necessidade humana, a substância psicoativa carrega uma dupla determinação, configurando-se também enquanto mercadoria (PINHEIRO, 2017). Assim, ao analisar as questões que envolvem as substâncias psicoativas, é imprescindível considerar tanto seu uso milenar quanto sua inserção no circuito das relações capitalistas, pois faz parte do processo reprodutor de capitais, econômicos/materiais e simbólicos. Desse modo, entende-se que os psicoativos:

Podem ser definidos como simplesmente toda e qualquer substância natural ou sintética que quando introduzida no organismo modifica suas funções, mas também, devem ser apreendidos como uma mercadoria, que, no contexto da sociedade capitalista, supõe trabalho, valor de uso e de troca (para atender as necessidades humanas e autovalorização do capital na produção de bens), exploração e conseqüente obtenção de mais-valia (PINHEIRO, 2017, p. 24).

O processo de mercadorização das substâncias psicoativas aconteceu durante o desenvolvimento da sociedade capitalista, intensificando-se a partir do processo de industrialização. Uma série de transformações ocorreram no modo de produção e reprodução social, gerando mudanças estruturais que atingiram também o âmbito da produção, comercialização e uso de SPA. O consumo começou a condicionar as relações na sociedade, moldando as relações interpessoais com amigos, cônjuges, familiares, trabalho, lazer, sexo, substâncias psicoativas, dentre outros (FERRUGEM, 2019).

A substância psicoativa passou de um produto obtido diretamente da natureza para uma mercadoria industrializada na sociedade burguesa. As motivações, formas e significados de uso, assim como a diversidade de substâncias disponíveis sofreram múltiplas alterações que acompanharam o desenvolvimento do modelo societário capitalista, resultando inclusive na transformação do uso de SPA em consumo de SPA a partir do processo de mercantilização (VAZ, 2018). Em confluência, Torcato, (2013, p. 117) destaca que "ao longo do século XIX, pessoas em diversos locais do planeta começaram a adquirir, e com mais potência, meios para alterar suas consciências. Isso possibilitou a disseminação de álcool destilado, cafeína, tabaco, opiáceos, Cannabis, cocaína e açúcar".

Observa-se uma relação íntima entre “drogas” e o sistema capitalista, desde o período das grandes navegações, com a procura por especiarias, até o período de industrialização, quando se tornam fundamentais no processo de expansão de lucro no capitalismo (PINHEIRO, 2017). Enquanto mercadoria essas substâncias “cumpriram uma função para além do prazer imediato do uso, anestesiante do sofrimento, ou facilitador de sociabilidade, mas também uma função de acesso ao consumo e inserção social” (FERRUGEM, 2019, p. 24).

Neste processo, as substâncias que eram predominantemente utilizadas de forma ritualística entre os povos tradicionais, com a regulação sobre a responsabilidade dos anciões, foram transformadas em mercadorias, gerando uma ampliação na demanda e incorporação de valor comercial, resultando na disseminação global destas substâncias e difusão do uso sem regulação enquanto tornavam-se objetos de controle do Estado.

Com isso, o consumo de SPA e as cenas de uso frequentadas pela classe trabalhadora tornam-se objetos de repressão, considerados uma ameaça à ordem social, que devem ser combatidos pelos setores conservadores, a exemplo dos bares - que possibilitavam também a socialização de ideias e criação de vínculos entre o proletariado nos momentos de folga, o que podia resultar no fortalecimento da articulação política desta classe. Tal fato enseja ações disciplinadoras sobre o consumo e até mesmo extensão das ações estatais sobre a família, na conformação do trabalhador do modelo fordista.

Nesse contexto, o controle social passa a ser assumido, gradativamente, por um estatuto proibicionista do Estado, onde o lucro e a necessidade de expansão do capital são considerados (FERRUGEM, 2019), e as necessidades dos consumidores são menosprezadas. A preocupação com as substâncias torna-se central e despreza-se as pessoas que dela fazem uso. Por isso, ao discutir sobre SPA é necessário compreender que “o proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente” (FIORE, 2012, p. 09), sendo necessário analisar de forma crítica o seu desenvolvimento enquanto paradigma dominante, suas premissas, princípios, objetivos e consequências, para entender como o proibicionismo transforma a relação entre humanos e substâncias psicoativas, e como manifesta-se no cotidiano social, alterando várias áreas da vida social.

Apesar de já existirem mecanismos de regulação social do uso de substâncias psicoativas e medidas persecutórias e proibicionistas em outros períodos da história humana - como a associação de algumas SPA à bruxaria durante a Idade Média, ou a perseguição aos nativos da América devido práticas ancestrais de rituais religiosos com uso de psicoativos (ESCOHOTADO, 2008 *apud* PETUCO, 2019) - o estatuto proibicionista como percebemos na contemporaneidade tem suas primeiras configurações no século XIX, com a implementação das primeiras medidas de regulação estatal sobre o uso de substâncias psicoativas, nos Estados Unidos da América, que ocorreram de forma punitivista e focalizada em certos grupos, sobretudo migrantes e negros.

Isto posto, também é fundamental resgatar o processo histórico de desenvolvimento das políticas de Segurança e Saúde, que dividem a atenção aos consumidores de SPA, para compreender como estas áreas afetam o cotidiano social dos sujeitos, e como influenciam no imaginário social que coloca os usuários de substâncias psicoativas no lugar de criminosos e/ou doentes, em um binômio repressão-assistência (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

O uso da força física para assegurar a manutenção da ordem vigente foi comumente utilizada na história das civilizações pelos detentores do poder político e econômico, sob a justificativa de garantir a continuidade do desenvolvimento socioeconômico dos territórios. Com a criação do Estado Moderno, este assume a responsabilidade pela manutenção da ordem e defesa dos interesses da classe dominante, recebendo legitimidade para o uso da força física (LIMA; CAMARA, 2014). Rocha (2020, p. 10) afirma que “no Estado burguês as relações estruturais estão centradas na propriedade privada, na exploração de mais-valia e no acúmulo de capital, as quais são sustentadas por meio de um conjunto de elementos situados na esfera superestrutural”. Observa-se, então, que a Política de Segurança se desenvolve em duas esferas que concretizam a proteção da ordem do capital: a segurança econômica - protegendo os grandes capitais - e segurança pública - protegendo propriedade e proprietários (ROCHA, 2020).

O debate sobre os objetivos da Política de Segurança Pública e a melhor forma de alcançá-los é tão complexo que, dificilmente os governantes apontam o que entendem por “melhoria da segurança pública” ou propõem alternativas que se diferenciem de propostas sensacionalistas pautadas no ódio de classe e raça/etnia, resultando em um

sistema que não apresenta definições e propósitos claros. E, assim, não é capaz de medir e avaliar objetivamente seu progresso. A imprecisão dos objetivos contribui para o equívoco de assemelhar os objetivos da Segurança Pública às metas da Polícia (NETO, 2006).

Destaca-se que o Estado burguês se insere em um processo contraditório que resulta na diferenciação do tratamento para com os sujeitos, apresentando-se como um “estado para ricos”, com possibilidade de desenvolvimento, reprodução econômica e tratamento humanizado; e outro “estado para pobres”, com desassistência programada, mais controle, vigilância e repressão (CARVALHO; SILVA, 2011). Nesse cenário, a Segurança Pública se encarrega de garantir a liberdade e propriedade para alguns, enquanto constrói aparatos repressivos para outros, moldando a forma de tratamento por parte do Estado a partir dos marcadores de classe, raça/etnia e gênero, e assegurando a manutenção da sociabilidade capitalista (ROCHA, 2020).

Dessa forma, a sociedade é dividida em dois grupos antagônicos: os indivíduos perigosos, que devem ser controlados; e os “cidadãos de bem”, que devem ser protegidos. Essa divisão influencia e evidencia-se nas diferenças territoriais, onde “áreas mais abastadas, de população prioritariamente branca, ostentam os benefícios de uma dupla segurança, a pública e a privada, enquanto as áreas periféricas, de composição majoritariamente negra, nenhuma das duas” (DANIN, 2018, p. 25). O que é reservado para o segundo grupo é a Segurança através dos seus mecanismos repressivos, que, legitimada pela política de Guerra às Drogas, intensifica a violência através de operações policiais nas periferias e favelas e garante o genocídio da população negra.

A sofisticação dos mecanismos de segurança pública e a intensificação da repressão, através dos instrumentos de enfrentamento à criminalidade e às substâncias psicoativas, não foram capazes de diminuir os índices de violência, tampouco acabar com a sensação coletiva de insegurança. O que observa-se é o processo de criminalização da pobreza e da juventude negra, que resulta no encarceramento em massa através da institucionalização da violência e perseguição à grupos étnico-raciais distintos.

A repressão e a violência são legitimadas pelo proibicionismo e política de Guerra às Drogas, através de ideais impossíveis que defendem uma sociedade livre de substâncias psicoativas, mesmo que para isso produza-se o genocídio de uma parte da população.

desprotegida, destituída e silenciada. Então, em vez de findar a violência, a criminalidade e a sensação de insegurança, os mecanismos de segurança pública, fundamentados em ideais proibicionistas, racistas e punitivistas, têm agudizado estas categorias, produzindo e justificando mortes sem alcançar resultados de melhorias para a classe trabalhadora, sobretudo a classe trabalhadora negra, periférica, e em situação de vulnerabilidade social.

O “tráfico de drogas” é utilizado como principal justificativa para a sofisticação dos mecanismos de repressão e desenvolvimento do mercado global de segurança. Dessa forma, justifica-se a guerra contra o tráfico, mas também contra os pobres, os negros, e os consumidores de SPA (SERRA; SOUZA; CIRILLO, 2020).

Ao longo do século XX o Estado brasileiro criou um aparato jurídico institucional para realizar intervenções destinadas ao controle do comércio e do consumo de substâncias psicoativas, com o propósito de preservar a segurança e saúde do país. Entretanto, como já mencionado, as abordagens e intervenções durante esse período foram predominantemente desenvolvidas no campo da Segurança Pública. Essa predominância gerou dificuldades para a inclusão do enfrentamento dos problemas associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas associado aos direitos humanos na agenda da saúde pública.

Nesse sentido, o processo de constituição da política de saúde para consumidores de SPA deve ser analisado enquanto fato histórico que resulta de uma série de circunstâncias e articulações produzidas em determinados períodos e espaços (MACHADO; MIRANDA, 2007), que avança com a redemocratização, ao final da década de 1970.

Recorda-se que, apesar da saúde ser compreendida, desde a Constituição Federal de 1988, a partir do conjunto de determinantes sociais do processo saúde-doença e como direito de todos, dever do estado, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde, a partir de uma perspectiva que considera as formas de organização social da produção e as desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986), as primeiras intervenções na área baseavam-se na visão simplista de saúde como “ausência de doenças”, ainda coexistindo com novos paradigmas contra-hegemônicos.

O hospital, por muito tempo considerado o sinônimo da atenção à saúde, foi criado na Idade Média, inicialmente como instituição religiosa de caridade, que oferecia abrigo e

alimentação aos pobres e doentes. Após um longo processo o hospital foi transformado em instituição médica, e no século XVII, com o surgimento do Hospital Geral, a instituição deixa de ser exclusivamente filantrópica ao tempo que cumpre a função de manutenção da ordem social e política.

No período em que o Hospital se constituía enquanto instituição de caridade, os comportamentos considerados desviantes e irracionais, geralmente associados aos “loucos” e a loucura, recebiam diversos significados, quando considerados “calmos”, com a liberdade de transitar e ocupar diferentes locais quando considerados “calmos” (AMARANTE, 2007). Com a criação do Hospital Geral, cria-se também “um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental” (AMARANTE, 2007, p. 23). E o ensino médico entra e se apropria desse espaço, o disciplinando e colocando a cidadania em suspensão (ANTUNES, 1991).

Assim, no final do século XVIII, a partir da obra de Pinel - primeira expressão da figura do médico clínico - o hospital é transformado em instituição médica, e a medicina se apropria da loucura e da atenção à saúde (AMARANTE, 2007). Amarante (1995, p. 24) ressalta que “a caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”.

Primeiro a loucura aparece como enfermidade moral, mas com a busca dos alemães para afirmá-la como questão biológica a centralidade da categoria médica sobre a matéria é reforçada, com foco na hospitalização e medicalização, resultando em violência, segregação, crescente medicalização e objetificação dos sujeitos. “A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade” (AMARANTE, 1995, p.25).

Destaca-se que os alvos das instituições manicomiais nunca se restringiram a pessoas com transtornos mentais graves ou persistentes. Enquanto mecanismo de segregação e controle, o hospital psiquiátrico encarcerava a parcela da população considerava socialmente indesejável e improdutiva para o capital. Nesse sentido, Daniela Arbex, ao analisar um grande hospital psiquiátrico do país, observa que a grande maioria sequer possuía diagnóstico de transtorno mental. Geralmente eram internados por desavenças e interesses escusos. Era comum a presença de pessoas LGBTQIA+, prostitutas,

adolescentes grávidas ou violentadas, esposas traídas ou que queriam separação conjugal, pessoas sem documentos e usuários de SPA (ARBEX, 2013). O manicômio foi ancorado no conservadorismo, moralismo e racismo científico, que em conjunto com os ideais capitalistas orientaram o desenvolvimento de abordagens e práticas repressivas e punitivas que tratavam a Questão Social e suas múltiplas expressões como caso de polícia, provocando a objetificação dos sujeitos e culpabilização pelas situações de vulnerabilidades, e influenciando no imaginário social sobre quem são os “loucos” e quem são os consumidores de substâncias psicoativas em situação de uso prejudicial.

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As articulações para a realização de transformações no campo da saúde mental iniciaram na década de 1970 com a criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, após o episódio conhecido como crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) - órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde mental no país, após mobilizações dos bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos com denúncias sobre: precárias condições de trabalho; casos de agressão; estupro; trabalho escravo; e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1998).

A partir da luta por melhores condições de trabalho, as violações sistemáticas de direitos humanos também foram evidenciadas e publicizadas. O Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental amplia seus atores, abarcando usuários e familiares, e se metamorfoseia para Movimento da Luta Antimanicomial. Com a inserção da participação de outros segmentos da sociedade civil, as discussões são ampliadas e surgem novas propostas de substituição ao modelo hospitalocêntrico para construir a cidadania da pessoa com transtorno mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surge, no processo redemocratizante, no final década de 1970, como importante marco para a mobilização contra as violências ocorridas nos hospitais psiquiátricos e manicômios. Seu principal eixo foi a construção da cidadania das pessoas com transtorno mental, com organização e articulação entre vários segmentos sociais - trabalhadores de saúde mental, familiares, usuários, defensores dos direitos humanos, entre outros - para garantir o fortalecimento do protagonismo dos

sujeitos violentados pela política manicomial. Nesse contexto, a partir da VIII Conferência Nacional da Saúde e no cerne do Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, a participação do próprio usuário dos serviços é fomentada. O que é consignado como princípio da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado pela Lei nº 8.142/1990.

A participação em fóruns, assembleias, espaços comunitários, associações civis e audiências públicas foi um direito conquistado e bastante estimulado no processo, com o intuito de fortalecer a cidadania dos sujeitos e garantir a desinstitucionalização.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira fundamentou-se na experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana, que desconstruiu os fundamentos do manicômio, envolveu a comunidade no processo e colocou a enfermidade entre parênteses. Baseia-se nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, no cuidar em liberdade, propondo a desinstitucionalização, criação e fortalecimento de vínculo familiar e comunitário e promoção da participação social para alcançar a autonomia e emancipação dos usuários, que deveria ocorrer concomitante ao fortalecimento da formação político-social dos sujeitos. Estes ideais se irradiam em um dos capítulos da política de saúde mental, a Política Nacional Sobre Drogas, que promove a Política de Redução de Danos, que tem como base a garantia dos direitos humanos, ou seja, o consumidor de SPA como sujeito de direitos, o destacando como protagonista, construtor da política. Logo, a desinstitucionalização ocorreu *pari passu* ao fortalecimento da formação político-social dos sujeitos, sendo sua pré-condição.

Nessa perspectiva, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS foi constituído enquanto serviço de saúde aberto e comunitário, configurando-se como principal meio de desinstitucionalização na Saúde Mental, que configura-se como serviço territorial, possuindo a capacidade de reconstruir vínculos, inclusive comunitários através da inserção de seus usuários nos territórios, e como lugar de referência e cuidados para as pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, e pessoas que fazem uso prejudicial de alguma substância psicoativa, definido pela portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992, e regulamentado a partir da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Os CAPS têm entre suas atribuições o fomento ao protagonismo social de seus usuários e familiares, a participação social e construir autonomia dos usuários a partir da adoção de um modelo de atenção psicossocial que reinvente a vida e promova a sua defesa.

A atenção voltada aos consumidores de substâncias psicoativas, até então tema mais associado à Segurança Pública, sobretudo em relação aos produtos tornados ilícitos/ilegais, entra na agenda da saúde pública. Antes considerada questão de problema moral, tendo como tratamento a punição e exclusão em manicômios, sem qualquer diferenciação entre usuários em uso prejudicial - chamados de "dependentes" - ou não e o traficante, a atenção ao usuário passa por transformações a partir desse processo, com a perspectiva de substituição do modelo biologizante que tem por foco as substâncias, por um modelo psicossocial que considera os fatores biopsicossociais e culturais no processo de prevenção e cuidado.

Como corolário dos fundamentos proibicionista presidindo a política sobre drogas, seus consumidores passam a ser "estigmatizados, sendo vítimas de preconceito e até mesmo de hostilidades em ambientes familiares, de trabalho e, inclusive nos serviços de saúde" (SILVA, 2017, p.16), uma vez que foram associados ao crime, ao desvio, à sujeira, à desordem, ao tráfico, a mortos vivos - zumbis, enfim expressão e encarnação do mau social, reforçado e com apoio dos meios de comunicação, sobretudo a partir de 2011. Nesse contexto, a abstinência e a internação, a medicalização, passam a figurar como abordagem padrão. Esses fundamentos são tensionados, com a introdução e uma correlação de forças favoráveis à uma nova abordagem, baseada na redução de danos, destinada aos consumidores que não querem, não podem ou não conseguem se abster do consumo prejudicial de SPA.

Assim, no Brasil, "enquanto as articulações em torno das transformações no campo da saúde mental desenvolveram-se a partir da década de 1970, uma política antidrogas foi intensificada a partir de 1980" (SILVA, 2017, p. 15).

Desse modo, o Estado brasileiro:

ao tempo em que sinaliza para a perspectiva de Estado ampliado, em que há espaço para as necessidades da sociedade civil, paulatinamente forja um realinhamento entre as ações do Ministério da Justiça e da Saúde na direção da redução de danos, apesar da persistência da hegemonia da lógica proibicionista (ROSA; GUIMARÃES, 2020, p. 37).

É apenas no início da década de 2000 que há uma reorientação paradigmática, política e legislativa em relação ao cuidado das pessoas em uso prejudicial de SPA. Com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, o consumo das

substâncias psicoativas é inserido como um dos temas da agenda pública de saúde mental. Observa-se que “antes de 2003, a Política Nacional de Saúde Mental não ofertava aos usuários de drogas um tratamento estruturado no âmbito do SUS e orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica de desospitalização, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial” (SILVA, 2017, p. 17).

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, seguida pela regulamentação da Política de Redução de Danos, através do decreto nº 1028 em 2005, constituem dois importantes pontos na disputa entre a esfera da saúde e da segurança pública, no que diz respeito à atenção aos consumidores de SPA a partir de um cuidado humanizado e emancipador. Esses marcos garantem a possibilidade de oferecer diferentes tipos de cuidados, contemplando a diversidade de necessidades e perfis dos usuários, considerando as particularidades de cada sujeito, de forma que sejam tratados dignamente e com respeito.

A Redução de Danos, uma das principais estratégias no protagonismo e autonomia das pessoas que usam SPA, é fundamentada nos princípios do SUS e forjada na lógica participativa, reconhecendo o sujeito como corresponsável e autorregulador no seu cuidado, com estratégias e intervenções no território, com uma perspectiva comunitária, em defesa da liberdade e em combate ao moralismo (ROSA; GUIMARÃES, 2020)

Outro destaque no avanço das Políticas Públicas sobre drogas, na década de 2000, é a Lei nº 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), cuja a finalidade é:

Articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas, a atenção e o convívio de usuários e dependentes de psicoativos, assim como, possui a finalidade de reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de tais substâncias (PINHEIRO, 2017, p. 44).

A nova Lei sobre drogas foi concebida como um modelo duplo “médico-criminal” por garantir intensificação da repressão ao tráfico e traficante, ao tempo que desloca o usuário de substância psicoativa para a seara da saúde (RIBEIRO, 2018). Assim, a despenalização do usuário recebe um grande destaque, retirando a possibilidade de pena privativa de liberdade a estes sujeitos, mesmo que o uso de substâncias psicoativas consideradas ilícitas continue sendo criminalizado pelo Estado. Porém, é necessário destacar

que “a nova Lei de Drogas não perdeu o viés punitivista, pois enrijeceu o controle sobre a figura do traficante [...], marcada, portanto, por um modelo de cisão: de um lado, o usuário; e do outro o traficante” (RIBEIRO, 2018, p. 37). Mas, ao deixar a cargo do Juiz, distinguir quem é usuário de traficante, por não definir a quantidade de porte, é atravessada por um viés discricionário que, recai tende a criminalizar o usuário pobre e negro, quando porta doses pequenas, para uso próprio, o que se confirma com o crescente encarceramento desse segmento após essa lei.

A regulamentação da Redução de Danos fortalece a autonomia dos usuários de substâncias psicoativas pois, em primeiro lugar assegura a assistência a partir da baixa exigência, ou seja, não postula a abstinência para que o cuidado se desenvolva. Estimula a informação para garantir a prevenção e compartilha a responsabilidade entre usuário e Estado na produção do cuidado. A RD traz, em si, os pressupostos de uma prevenção fundamentada na educação libertadora, que promove o protagonismo dos sujeitos e uma visão mais crítica da sociedade, na direção da emancipação social.

Nessa perspectiva, a Lei 8.142/90 representa um importante marco para a participação social das pessoas que consomem SPA, ao fomentar o controle social e a participação dos usuários na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Com a Lei, a criação de associações de usuários e familiares da saúde mental é estimulada, auxiliando no desenvolvimento da autonomia ao garantir participação na arena de decisões da Política de Saúde Mental. A criação de coletivos e associações deste segmento proporciona o reconhecimento do capital social dos sujeitos, estimulando seu protagonismo, visto que “ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema” (AMARANTE, 2001, p. 935).

Vasconcelos (2009) ao caracterizar o perfil das associações de usuários e familiares da saúde mental, identifica um número de 107 associações, de caráter misto, ou seja, envolvendo usuários, familiares e técnicos da saúde mental. Mas, não fica explícita quantas teriam relação direta com consumidores de álcool e outras drogas. Silva e Rosa (2021) através de pesquisas no Google, sobre o ciberativismo, encontraram 17 associações que se relacionavam com o tema álcool e outras drogas, presentes nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Os sites

e rede social contém informações básicas de apresentação das associações e disponibilização de conteúdos informativos relacionados a consumo de SPA, consequências de uso, direitos, entre outros, além de exercer também a função de divulgar eventos relacionados à área. É perceptível, a adoção de uma perspectiva não culpabilizadora do consumidor de SPA, considerando os diferentes tipos de consumo, posicionando-se contra os diversos tipos de preconceito que perpassam a vida dessas pessoas e suas famílias.

O impacto causado pela organização político-social, inclusive no mundo virtual, das pessoas que consomem SPA é substancial e garante que as vozes dos sujeitos diretamente afetados pela ação do Estado sejam ouvidas e consideradas. Nesses aspectos, o movimento de usuários de substâncias psicoativas garante a participação social a sujeitos alvos das propostas proibicionistas, que os considera culpados pela situação em que se encontram. As ações políticas dos movimentos organizados fortalecem e são fortalecidas pela militância e ativismo desses sujeitos, proporcionando a verdadeira participação social em busca da emancipação.

Essa participação social possibilita a desconstrução da "ideia de que o pessoal é para ser mantido na esfera privada, reforçando a ideia de que o pessoal é da esfera pública, social" (ROSA, 2017, p. 05). Dessa forma, a organização política dos sujeitos em coletivos ou associações de usuários de substâncias psicoativas fortalece a participação social e proporciona uma nova voz nas discussões relacionadas às substâncias psicoativas e aos direitos dos consumidores.

O movimento de usuários de SPA no Brasil apresenta-se como um movimento diverso e plural. Apesar da pouca interlocução entre os diferentes grupos de usuários de substâncias psicoativas, as associações civis conseguem proporcionar visibilidade às suas demandas específicas (ROSA, 2017). Observa-se que, assim como as associações e coletivos de usuários da saúde mental geralmente são criadas em torno de enfermidades específicas - bipolaridade, autismo, esquizofrenia, entre outros - as pessoas que consomem SPA tendem a se organizar politicamente em coletivos, centralizam suas abordagens e demandas em torno de substâncias específicas, realizando discussões sobre os direitos dos usuários de forma fragmentada. (SILVA; ROSA, 2019)

Por outro lado, observa-se que os coletivos e associações de usuários de SPA que se posicionam abertamente contra a guerra às drogas, apresentam discussões mais

próximas da totalidade, ao pautarem em suas abordagens e demandas a desigualdade racial e social, pontuando os impactos do proibicionismo e racismo no cotidiano das pessoas que usam substâncias psicoativas. Entretanto, o movimento antiproibicionista brasileiro ainda não está consolidado, mesmo com o crescimento significativo de movimentos que defendem os Direitos Humanos. Nota-se certa dificuldade da maioria dos militantes antiproibicionistas em dialogar com os sujeitos alvos da repressão proibicionista, na maioria das vezes promovendo debates entre os mesmos para os mesmos (SILVA, 2019), isto é, sem diversificar interlocutores.

O movimento de usuários de SPA, então, mostra-se heterogêneo, com divergências e convergências em certos momentos. Convergem quanto a necessidade da garantia de direitos às pessoas que consomem substâncias psicoativas e a não culpabilização das pessoas em uso prejudicial de SPA; mas divergem quanto à metodologia e abordagem para alcançar o atendimento às suas demandas, quanto à centralidade das discussões, quanto aos modelos de atenção, e quanto à proibição ou não de SPA. Pontua-se aqui, que mesmo dentro da parcela antiproibicionista do movimento de usuários de SPA, não há homogeneidade em relação ao formato de legalização e/ou descriminalização adotada, ou quais substâncias deveriam ser proibidas e permitidas.

Os movimentos de usuários de substâncias psicoativas, portanto, demandam dos sujeitos que constroem essa história uma tarefa de se tornarem protagonistas de suas reivindicações, compreendendo a necessidade de agir em conjunto com outros segmentos sociais, e alinhar-se à luta da classe trabalhadora, compreendendo as intersecções de classe, raça/etnia e gênero. Entretanto, não se tem um posicionamento aberto do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial em relação à legalização das drogas e lutas antiproibicionistas.

Possibilitar a participação social, autonomia e protagonismo dos consumidores de substâncias psicoativas e pessoas com transtorno mental é um dos fundamentos base da Reforma Psiquiátrica brasileira ao propor um modelo capaz de compreender os fatores políticos, culturais e biopsicossociais como determinantes no sofrimento psíquico e no consumo prejudicial de SPA, mas, há que se interseccionar temas e diferentes dimensões.

REMANICOMIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ENTRAVES PARA O MOVIMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Robert Castel (1978) em sua obra "A Idade de Ouro do Alienismo" afirma que o manicômio surge como resposta às manifestações da Questão Social, tendo por alvo o louco pobre. Rosa e Campos (2013, p. 315) complementam que "a classe social também definia a assistência destinada ao louco, pois os ricos eram tratados domiciliarmente ou enviados para tratamento na Europa", enquanto os pobres recebiam um tratamento baseado na violência e exclusão. Assim, percebe-se que o manicômio cumpre a função social de excluir e aprisionar um grupo social considerado indesejável e improdutivo para o capital. Mas, sua função é reatualizada constantemente.

O livro-reportagem de Daniela Arbex (2013) apresenta evidências fotográficas da superlotação na instituição, onde muitos não possuíam sequer peças de roupas para vestir ou camas e lençóis para dormir, sobrevivendo amontoados nos pátios, sem alimentação, segregados da sociedade, e majoritariamente negros. Devido à desassistência programada, era comum que os indivíduos se alimentassem com ratos e outros animais, além da necessidade de beber urina ou esgoto para amenizar a sede devido ao fornecimento inadequado ou mesmo inexistente de água potável. As mortes eram frequentes no local, e ocorriam por diversos motivos: fome, frio, brigas entre os internados, violência por parte dos funcionários, infecções, doenças negligenciadas.

É necessário destacar que, apesar de importante, a diminuição de leitos psiquiátricos e fechamento de manicômios não elimina o modelo manicomial na vida cotidiana ou assegura a garantia de direitos às pessoas com transtorno mental e/ou usuários de SPA. Pois, compreende-se que "o manicômio estrutura-se para além de uma edificação" (PASSOS, 2018, p.13). Esse fenômeno ultrapassa as estruturas físicas das "instituições totais", pois o imaginário social é fortemente influenciado pelo paradigma proibicionista, pelo paradigma da abstinência absoluta e pelo manicomialismo, que legitimam as ações estatais que objetificam, culpabilizam e reprimem os sujeitos considerados indesejáveis, impactando na sociabilidade e cidadania destas pessoas por meio de "práticas totais".

Ademais, além do perigo de reprodução de práticas totais, o que se percebe no cenário brasileiro atualmente é o desenvolvimento do processo de reativação de manicômios, com o aumento do número de leitos de Comunidades Terapêuticas,

arquitetando uma contrarreforma na atenção à saúde mental com ataque às conquistas da luta antimanicomial. Mesmo com diminuição do número de internos e das estruturas físicas das instituições totais, uma série de desafios permanecem para a luta antimanicomial, com a retomada dos manicômios - na figura de comunidades terapêuticas -C.Ts. Por outro lado, observa-se a agudização do sucateamento dos serviços desinstitucionalizantes, dos serviços próprios do SUS, desfinanciados e precarizados, além de se observar exigência da Rede de Atenção Psicossocial incluir a C.Ts e os hospitais psiquiátricos.

Desde o início da década passada observa-se o desenvolvimento de uma nova configuração de forças na Política de Saúde Mental, com acirramento de disputas em torno de orçamentos e financiamentos governamentais, com expressivo fortalecimento de setores contrários à luta antimanicomial, que se intensificaram após a implementação do programa "Crack, é possível vencer", em 2011. (GUIMARÃES; ROSA, 2019). No ano seguinte as Comunidades Terapêuticas são inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, mesmo sem atenderem às exigências para tornarem-se um serviço de saúde, uma vez que o acompanhamento é realizado, geralmente, sem médico e sem o suporte uma equipe técnica e fundamentada em abordagens predominantemente religiosas.

Na segunda metade da década, as transformações são mais intensas, com mais influência neoliberal e conservadora na gestão da Política de Saúde Mental. Com a Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25 de outubro de 2016, as Comunidades Terapêuticas tornam-se capacitadas a receberem recursos do SUS. Observa-se a reorientação para a remanicomialização com fortalecimento de hospitais psiquiátricos e grandes investimentos nas Comunidades Terapêuticas (SANTOS *et al.*, 2020), cujos representantes lutam pelo financiamento público, apoiados por governantes ultraconservadores que diminuem os investimentos em serviços públicos e transferem a implementação das políticas sociais para o "terceiro setor". O que é confirmado no congelamento do orçamento destinado aos Centro de Atenção Psicossocial desde 2011, e no aumento de mais de 50% no reajuste do repasse do Governo Federal para as CTs, seguido do aumento do valor das diárias de internação hospitalar, fortalecendo ações manicomiais e incentivando internações em hospitais psiquiátricos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

A partir do Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019, a abstinência total retorna como única política pública, o que ocorre após a revogação da portaria que fundamentava a redução de danos (Portaria GM/MS 1.028/2005). O Decreto nº 13.840, de 05 de junho de 2019, institui a “Nova” Política Nacional sobre Drogas, resgatando velhas práticas e concepções, reforçando apoio às Comunidades Terapêuticas, que vão de encontro com os princípios da laicidade da atenção e da universalidade do SUS. No processo de intensificação de remanicomialização, o Decreto ainda autoriza outros agentes que não a família, como solicitante de uma internação involuntária, estendendo a servidor público da saúde, assistência social ou órgãos do Sistema Nacional Sobre Drogas, tal poder.

Desse modo, observa-se que os redirecionamentos da Política de Saúde Mental estão inseridos no projeto geral de desmonte do Sistema Único de Saúde, com tendências neoliberais que incidem sobre valores conservadores, fomentando ações orientadas pelo ódio à diversidade e contrários à participação social, com o retorno e intensificação da criminalização, desassistência, controle e silenciamento dos usuários de substâncias psicoativas, cada vez mais desqualificados e estigmatizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas configura-se como uma constante arena de disputa, com embates entre projetos distintos, sendo necessário uma avaliação contínua por parte do Movimento Antimanicomial em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica e sua extensão para as particularidades da questão do consumo de álcool e outras drogas.

A desinstitucionalização da Saúde Mental proporcionou o fortalecimento da organização política dos usuários de SPA com o fomento da participação social, possibilitando que novas vozes fossem consideradas nas discussões referentes aos direitos das pessoas que consomem substâncias psicoativas e no cuidado complexo e desafiador.

Porém, observa-se que com a remanicomialização da Política, intensifica-se a criminalização dos usuários de SPA, com resgate do imaginário social sobre a incapacidade para o convívio social e a periculosidade das pessoas que usam drogas, responsabilizando-

as pela perpetuação do “mal da sociedade”, como “financiador do tráfico” ou “viciado/noiado”. Há uma homogeneização desse segmento e de seu trato. A desassistência e o controle também aumentam, com o sucateamento dos serviços desinstitucionalizantes da Saúde Mental, ao tempo que o financiamento das Comunidades Terapêuticas cresce exponencialmente. Assim, a substância é colocada no eixo central da atenção e o usuário é recolocado no lugar de passividade, silenciamento, com o controle sendo exercido por meio da tutela do Estado, de forma que os determinantes sociais sejam desconsiderados, e o uso prejudicial apareça como consequência individual e não como uma das expressões da Questão Social. Logo, a remanicomialização criminaliza, desassiste e controla, dificultando a participação social e o protagonismo do movimento de usuários de SPA. Nesse cenário, remar contra a maré, tendência dominante, é vital, para assegurar direitos humanos e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, jul./set, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro**: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jul-ago, 2001. p. 933-939.

ANTUNES, J.L. F. **Hospital - instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

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

CARVALHO, V. A.; SILVA, M. R. F. Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios. **R. Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./jun. 2011.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

DANIN, R. A. **Vozes Brancas, Mortes Negras: Configurações do racismo institucional no cenário da segurança pública**, 2018. 78f. **Dissertação** (Mestrado em Segurança Pública). Programa de Pós-graduação em Segurança Pública (PPGSP), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

FERRUGEM, Daniela. **Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial**. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**. - CEBRAP, n. 92. São Paulo, mar. 2012.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, n. 44, p. 111- 138, mai./ago. 2019.

LIMA, M. M; CÂMARA, H. O. A inserção do Serviço Social nas instituições da política de segurança pública em Natal/RN: limites e possibilidades. **Carpe Diem: Revista Cult. E Cient. do UNIFACEX**, Natal, v. 12, n. 01, 2014.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.

NETO, P. M. Fazendo e Medindo progresso em segurança pública. **Praia Vermelha: estudos de política e teoria social**, Rio de Janeiro, v. 14&15, 2006.

PASSOS, Rachel Gouveia. "Holocausto ou Navio Negroiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**: Vitória, v. 10, n. 3, set./dez., p. 10-22, 2018.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **O pomo da discórdia? Drogas, saúde, poder**. Curitiba: CRV, 2019.

PINHEIRO, S. K. M. **A função social das "drogas" no capitalismo contemporâneo: Uma análise do Serviço Social nos CAPS AD de Natal/RN**. 2017. 113 f. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

RIBEIRO, Isabela Trivino. **Racismo estrutural: um olhar sobre a justiça criminal e as políticas de drogas após a abolição**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

ROCHA, A. P. Segurança e Racismo como pilares sustentadores do Estado Burguês. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 3, p. 10-25, set./dez. 2020.

ROSA, L. C. S. Ganhos na ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: _____ (Org). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 141-159.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasse. **Serviço Social & Sociedade**: São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun., 2013.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves. O racismo na/da política proibicionista brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. **Revista em Pauta**, n. 45, v. 18, p. 27-43, 2020.

SANTOS, A.J.D.; SILVA, W.L.; SILVA, L.K.B.; FONSECA, C.J.B. Política Nacional de saúde mental, álcool e outras drogas: retrocessos atuais e análise sob a ótica materialista histórico dialética do usuário de drogas produzido pelo Estado. **Revista Serviço Social em Debate**, v. 3, n. 2, 2020, p. 40-59.

SERRA, C. H. A.; SOUZA, L. A. F.; CIRILLO, F. R. **Guerra às drogas no Brasil contemporâneo: proibicionismo, punitivismo e militarização da segurança pública**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF, v. 15, n. 2, jul. 2020.

SILVA, Júlio César Paiva e. A urgência da luta antirracista no movimento antiproibicionista brasileiro. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 09., 2019, São Luís-MA. **Anais [...]** São Luís, 2019.

SILVA, J. C. P.; ROSA, L. C. S. Uma análise sobre as associações de usuários de drogas das regiões Sudeste e Centro-Oeste a partir do Ciberativismo. In: Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade: inovação, diversidade e sustentabilidade, 01., 2019, Teresina-PI. **Anais [...]** Teresina, 2019.

SILVA, Júlio César Paiva e; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Redução de Danos e sua potencialidade como ferramenta antirracista na atenção psicossocial. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís-MA, v. 25, n. 2, p. 720-737, 2021.

SILVA, J. C. P.; ROSA, L. C. S. CONECTADOS, MAS INVISIBILIZADOS: uma análise da participação da família no ativismo virtual de associações de usuários de substâncias psicoativas. In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. (Orgs.) **Família na desinstitucionalização em Saúde Mental**. Teresina, EDUFPI, 2020.

SILVA, Sara Aparecida. **Perspectiva dos usuários sobre o uso de substâncias psicoativas e sobre o cuidado em saúde recebido em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas em São Luís-MA**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) - Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2017.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia a República**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado em História) - Pós Graduação em

História Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009.

VAZ, Nicolas. **O projeto ético-político do serviço social e o consumo de drogas: interfaces nas políticas de saúde**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.