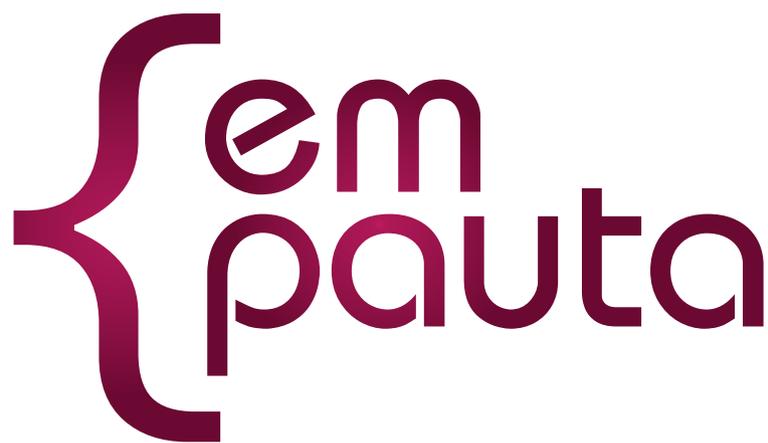


# Sem pauta

Teoria social e realidade contemporânea • Jan/Abr 2024 - Vol. 22 - Nº 54

ISSN 2238-3786 (Online)

**Política de saúde mental,  
uso de álcool e outras drogas**



# Sem pauta

**Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do  
Rio de Janeiro Rio de Janeiro – jan/abr 2024 – n. 54, v. 22, p. 1-262  
ISSN 2238-3786 (Versão online)**

## EXPEDIENTE

### UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Mario Sergio Alves Carneiro

#### Reitor

Lincoln Tavares Silva

#### Pró-reitoria de Graduação – PR1

Luís Antônio Campinho Pereira da Mota

#### Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa – PR2

Cláudia Gonçalves de Lima

#### Pró-reitoria de Extensão e Cultura – PR3

Dirce Eleonora Nigro Solis

#### Diretora do Centro de Ciências Sociais

### FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

Juliana Fiuza Cislighi- **Diretora**

Paulo Roberto Mello de Carvalho - **Vice-diretor**

Maurílio Castro de Matos - **Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UERJ)**

Andrea de Sousa Gama - **Coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UERJ)**

**Equipe Editorial (FSS/UERJ - Rio de Janeiro/RJ, Brasil):** Ana Inês Simões Cardoso de Melo, Ana Paula Procópio, Elziane Olina Dourado, Marilda Villela Iamamoto, Monica de Jesus Cesar e Ney Luiz Teixeira de Almeida.

**Editora Responsável:** Monica de Jesus Cesar

**Assessoria técnica e administrativa:** Patrícia Trajano

**Bolsista de extensão:** Rafaela Bezerra da Silva

**Revisão de texto:** Klein Editora

**Tradução/revisão de inglês:** Klein Editora

**Projeto gráfico, editoração e capa:** Zeppelini Publishers

**Foto de capa:** Eduardo Vasconcelos

**Fotografias:** Eduardo Vasconcelos

**Agradecimentos:** José Maria Alberdi, Dayana Barbosa Furtado, Eduardo Vasconcelos, Marco José de Oliveira Duarte, Marcilea Tomaz, Mutazzi Eduardo Cesar, Pedro Gabriel Delgado, Sônia Barros e Thays Ribeiro da Silva

**APOIO:** PROEX-CAPEs, FAPERJ



### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

#### Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea

Faculdade de Serviço Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Centro de Ciências Sociais

Rua São Francisco Xavier, 524 Bloco D, sala 9001 - Bairro Maracanã – 20.550-013 Rio de Janeiro/RJ– Brasil

URL: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta>

E-mail: [revistaempauta.uerj@gmail.com](mailto:revistaempauta.uerj@gmail.com). Telefones: 2334-0299; 2334-0291– ramal 221

ISSN 2238-3786 (Versão online)

**Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea** é um periódico quadrimestral, arbitrado, de circulação nacional e internacional, dirigido a assistentes sociais e profissionais de áreas afins, professores, pesquisadores e demais sujeitos políticos, comprometidos com os processos democráticos.

A revista pretende ser um instrumento de divulgação e de disseminação de produções atuais e relevantes do ensino, da pesquisa e da extensão, no âmbito do Serviço Social e de áreas afins, através da publicação de artigos, ensaios teóricos, pesquisas científicas, resenhas de livro, comunicações, relatórios de pesquisas científicas e informes, visando contribuir para a formulação e a divulgação de políticas públicas e debates, no âmbito da academia e da sociedade civil.

CATALOGAÇÃO NA FONTE: UERJ/REDE SIRIUS/CCS/A

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/A

E53 Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea [recurso eletrônico] – V. 22, n. 54 (2024) – . – Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social, 2024 – v.: il.

Quadrimestral.

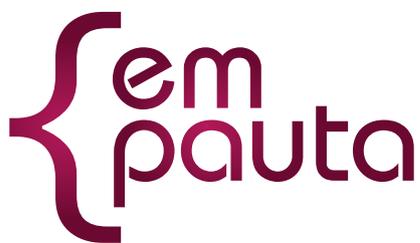
Modo de acesso: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/index> >  
e- ISSN: 2238-3786.

Descrição baseada em conteúdo acessado em: 26 maio 2023.

Edição impressa: Ano 1 (1993) – Ano 21 (2014): ISSN 1414-8609.

1. Serviço Social – Periódicos. 2. Ciências Sociais – Periódicos. 3. Políticas públicas – Periódicos. I. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social

CDU 36(05)



ISSN 2238-3786 (Versão online)

jan/abr 2024 – n. 54, v. 22

#### **EQUIPE EDITORIAL**

Monica de Jesus Cesar

Ana Inês Simões Cardoso de Melo

Ana Paula Procópio

Elziane Olina Dourado

Marilda Villela Iamamoto

Ney Luiz Teixeira de Almeida.

**Editora Responsável:** Monica de Jesus Cesar

**Assessoria Técnica e Administrativa:** Patrícia Trajano

**Indexação:** a Revista Em Pauta — Teoria Social e Realidade Contemporânea está disponível através do SEER/IBICT, no site da UERJ/Revistas Eletrônicas – <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta>> –, onde se encontram as últimas edições para pesquisa e download.

Está também indexada e/ou resumida em:

DOAJ - Directory of Open Access Journals

DIADORIM

EBSCO

CAPES - Portal de Periódicos

CENGAGE Learning

LATINDEX - Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas

Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

OAJI - Open Academic Journals Index

SUMARIOS.ORG - Sumários de Revistas Brasileiras

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO:** composto por professores e pesquisadores brasileiros e estrangeiros.

**Internacionais:** Atilio Borón (UBA-Argentina); Denise Freitas Soares (IMTA-México); Jaime Pastor (UNED-Espanha); Jacques Rancière (Univ. ParisVIII-França); Margarita Rozas (UNLP-Argentina); Maria Eugenia Bersezio (UARCHIS-Chile); Maria Lorena Molina (UCR-Costa Rica); Michel Husson (Institut de Recherches Economiques et Sociales-França); Norberto Alayon (UBA-Argentina); Susana Malacalza (UNLP-Argentina); Thereza Matus (UC-Chile). **Nacionais:** Ana Elizabete Mota (UFPE); Ana Maria Amoroso Lima (UFJF); Auta Stephan de Souza (UFJF); Berenice Rojas Couto (PUC-RS); Carlos Montaña (UFRJ); Franci Gomes Cardoso (UFMA); Francisco de Oliveira (USP); Gaudêncio Frigotto (UERJ); Ivanete Boschetti (UNB); Ivete Simionatto (UFSC); João Antonio de Paula(UFMA); José Paulo Netto (UFRJ); José Ricardo Ramalho (UFRJ); José Roberto Novaes (UFRJ); Josefa Batista Lopes (UFMA); Jussara Mendes (UFRS); LauraTavares Soares (UFRJ); Marco Aurélio Nogueira (UNESP); Maria Beatriz da Costa Abramides (PUC-SP); Maria Carmelita Yazbek (PUC-SP); Maria Lúcia Martinelli (PUC-SP); Maria Rosângela Batistoni (UFJF); Maria Ozanira da Silva e Silva (UFMA); Mariângela Belfiore Wanderley (PUC-SP); Marildo Menegat (UFRJ); Marina Maciel Abreu (UFMA); Paulo César Pontes Fraga (UFJF); Potyara Amazoneida P. Pereira (UNB); Raquel Raichellis (PUC-SP); Ricardo Antunes (UNICAMP); Silvia Gerschman (ENSP/ FIOCRUZ); Vera Maria Nogueira (UFSC); Vicente de Paula Faleiros (UNB); Virgínia Fontes (UFF); Yolanda Guerra (UFRJ).

PRODUÇÃO EDITORIAL



ZEPPELINI  
PUBLISHERS

# SUMÁRIO

## Editorial

- Resistências e proibicionismos na saúde mental: o uso de drogas como o bicho de sete cabeças da atualidade .....10  
Ana Paula Procópio da Silva, Mônica de Jesus Cesar

## Artigos

- Drogas, proibicionismo e cuidado em liberdade: desafios à política pública..... 24  
Marco José de Oliveira Duarte, Dayana Barbosa Furtado, Marcilea Tomaz, Thays Ribeiro da Silva
- A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais ..... 54  
Rosiane Oliveira da Costa, Alessandra Ximenes da Silva
- A reatualização proibicionista das Políticas sobre Drogas no (des)governo Bolsonaro..... 68  
Liziane Silva Cruz, Cynthia Studart Albuquerque
- Proibicionismo-racismo na política brasileira sobre drogas a partir do encarceramento ..... 84  
Leandro Sobral de Lima, Dan Pinheiro Montenegro
- Comunidades Terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado..... 99  
Marianna Nascimento Fernandes, Andréia de Oliveira
- “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial..... 111  
Betina Ahlert, Vitória Cravo Costa
- O imbróglio da periculosidade na manutenção dos manicômios judiciais: as decisões dos desembargadores paranaenses..... 124  
Ana Carolina Becker Nisiide, Thiago Bagatin, Maria Lucia Boarini
- O divino despertar para além do manicômio ..... 141  
Olívia Barbosa Miranda, Thaísa Vieira Menezes Costa
- Vozes da diferença: oficina midiática de rádio e a Reforma Psiquiátrica brasileira..... 155  
Yago Pereira de Freitas, Liane Caroline Silva Matos de Souza, Ariadne Fantesia de Jesus,  
Thiago Colmenero Cunha
- Breve cartografia do Instituto Municipal Nise da Silveira: o cuidado pela arte e cultura ..... 168  
Renata Patricia Forain de Valentim, Mariah Martins

Políticas de Salud Mental en Argentina: 40 años de reformas en la provincia de Santa Fe ..... 181  
Jose María Alberdi, Eduardo Cesar Mutazzi

## Tema livre

Controle sociometabólico do capital e seletividade penal: refrações na crise sanitária da Covid-19 ..... 191  
Ricardo Peres da Costa, Olegna de Souza Guedes

## Entrevista

Prof. Dra. Sônia Barros<sup>1</sup>: resgatando a política de Saúde Mental no Brasil ..... 204  
Ana Inês Simões Cardoso de Melo, Ney Luiz Teixeira de Almeida

## Resenhas

A teoria racial crítica do pensamento de Fanon e suas encruzilhadas ..... 215  
Roberta Lima Costa

Mulheres negras, violência e saúde mental ..... 220  
Ana Carolina Bondezan Nogueira

## Homenagem de vida

Generosidade, sabedoria, coragem e retidão de Domingos Sávio Alves ..... 226  
Pedro Gabriel Delgado

## Mostra fotográfica

Pintando com a câmera fotográfica ..... 233  
Eduardo Vasconcelos

Normas Editoriais ..... 251

# CONTENTS

## Editorial

- Resistance and prohibitionism in mental health: drug use as a complex problem.....17  
Ana Paula Procópio da Silva, Mônica de Jesus Cesar

## Articles

- Drugs, prohibitionism, and the care in liberty: challenges to public policy ..... 39  
Marco José de Oliveira Duarte, Dayana Barbosa Furtado, Marcilea Tomaz, Thays Ribeiro da Silva
- Mental Health and Drugs Policy in Brazil in Ultra-Neoliberal Times ..... 54  
Rosiane Oliveira da Costa, Alessandra Ximenes da Silva
- The Prohibitionist Re-Update of Drug Policies in the Bolsonaro (Un)Administration ..... 68  
Liziane Silva Cruz, Cynthia Studart Albuquerque
- Prohibitionism-Racism in Brazilian Drug Policy After Incarceration ..... 84  
Leandro Sobral de Lima, Dan Pinheiro Montenegro
- Therapeutic Communities: inconsistencies in the implementation of a state policy..... 99  
Marianna Nascimento Fernandes, Andréia de Oliveira
- “No step back, no more asylums!”: contradictions in the materialization of  
the anti-asylum fight..... 111  
Betina Ahlert, Vitória Cravo Costa
- The imbroglio of dangerousness in the maintenance of Judicial Asylums: the  
decisions of appellate court judges from Paraná ..... 124  
Ana Carolina Becker Nisiide, Thiago Bagatin, Maria Lucia Boarini
- Divine awakening beyond the asylum ..... 141  
Olívia Barbosa Miranda, Thaísa Vieira Menezes Costa
- Voices of difference: radio media workshop and the Brazilian Psychiatric Reform ..... 155  
Yago Pereira de Freitas, Liane Caroline Silva Matos de Souza, Ariadne Fantesia de Jesus,  
Thiago Colmenero Cunha
- Brief cartography of the Nise da Silveira Municipal Institute: care through art e culture ..... 168  
Renata Patricia Forain de Valentim, Mariah Martins
- Mental Health Policy in Argentina: 40 years of reforms in the province of Santa Fe.....181  
Jose María Alberdi, Eduardo Cesar Mutazzi

## Free theme

- Socio-metabolic control of capital and penal selectivity: refractions in the  
COVID-19 health crisis ..... 191  
Ricardo Peres da Costa, Olegna de Souza Guedes

## Interview

- Dr. Sônia Barros: rescuing Mental Health policy in Brazil ..... 204  
Ana Inês Simões Cardoso de Melo, Ney Luiz Teixeira de Almeida

## Reviews

- The critical racial theory of Fanon's thought and its crossroads ..... 215  
Roberta Lima Costa
- Black women, violence and mental health ..... 220  
Ana Carolina Bondezan Nogueira

## Homage

- Generosity, wisdom, courage and righteousness of Domingos Sávio Alves Pedro ..... 226  
Pedro Gabriel Delgado

## Photography Exhibition

- Painting with the câmera ..... 233  
Eduardo Vasconcelos

- Editorial Norms ..... 257

# Resistências e proibicionismos na saúde mental: o uso de drogas como o bicho de sete cabeças da atualidade

*Resistance and prohibitionism in mental health: drug use as a complex problem*

Ana Paula Procópio da Silva\* 

Mônica de Jesus Cesar\*\* 

*“Não dá pé não tem pé nem cabeça  
Não tem coração que esqueça  
Não tem ninguém que mereça  
Não tem jeito mesmo  
Não tem dó no peito  
Não tem nem talvez  
Ter feito o que você me fez  
Desapareça  
Bicho de sete cabeças, bicho de sete cabeças”  
(Zé Ramalho, Geraldo Azevedo, Renato Rocha)*

Poucos temas da saúde pública provocam tantas opiniões divergentes e debates acalorados quanto o uso de drogas, seja daquelas instituídas como lícitas, no caso das bebidas alcoólicas, ou das ilícitas, como a maconha, a cocaína e o crack. Trata-se de uma questão que foi sendo midiaticamente transformada num *bicho de sete cabeças* e que, na atualidade, articula diferentes esferas de governo e políticas públicas além da saúde – sendo a segurança pública e a assistência social as mais recorrentes –, mobilizando parcelas significativas do fundo público no seu enfrentamento. Estes elementos escapam ao senso comum e carecem de pesquisa, reflexão e sistematização para o adensamento do debate pautado em apropriações críticas das múltiplas determinações que constituem o tema como uma questão política.

Nessa direção, a edição nº 54 da *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea* traz o dossiê temático *Política de Saúde Mental e uso de álcool e outras drogas*. Esta edição reúne artigos científicos oriundos de experiências profissionais e de ativistas, pesquisas e estudos relevantes no sentido de afirmação da Política de Saúde Mental

\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: [anapaulaprocopio@yahoo.com.br](mailto:anapaulaprocopio@yahoo.com.br).

\*\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: [mojcesar@gmail.com](mailto:mojcesar@gmail.com).

Como citar: SILVA, A. P. P.; CESAR, M. J. Editorial. Resistências e proibicionismos na saúde mental: o uso de drogas como o bicho de sete cabeças da atualidade. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 10-16, jan./abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80187>



com foco na atenção integral às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, tomando por base o modelo de atenção psicossocial, a redução de danos e os direitos de usuárias/os, familiares e trabalhadoras/es da saúde.

A pandemia *Coronavirus Disease* (Covid-19), declarada finda pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 5 de maio de 2023, coincidiu no Brasil com o acirramento da crise econômica, social e política, com retrocessos na democracia e com o expressivo desmonte das políticas públicas empreendido pelo governo bolsonarista. Na Política de Saúde Mental, o modelo de atenção psicossocial – estratégia assistencial pactuada a partir da Lei nº 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) – foi alvo tanto de desfinanciamento como de esvaziamento político, com a inclusão legal das Comunidades Terapêuticas (CTs) na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e o avanço do proibicionismo como carro-chefe da “nova” política de drogas instituída pelo Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019).

Cabe ressaltar que a instituição da Raps em 2011 foi um marco importante da Política de Saúde Mental, pois introduziu uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), cujos objetivos estabelecidos foram:

a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Amarante; Nunes, 2018, p. 2072).

Contrariando os pressupostos da Raps, a novidade aludida se baseia na retirada de direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, abrindo os flancos para a internação compulsória pela estigmatização de usuárias/os como perigosas/os e a midiaticização dos cenários de uso como territórios a serem alvo de política higienista pelo Estado, como por exemplo a “Cracolândia” no centro da cidade de São Paulo. Isto faz com que a sociedade acredite que o retorno do modelo hospitalocêntrico-manicomial seja a solução, ou seja, uma contrarreforma contrária à lógica da autonomia, do cuidado em liberdade e no território e da participação dos sujeitos. Impõe-se uma concepção proibicionista, que viola os direitos humanos fundamentais, sem bases científicas e sem um debate amplo com a sociedade civil.

Em 2019, através da Recomendação nº 018 (Brasil, 2019), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) pleiteou, junto ao Ministério Público Federal, a revogação do Decreto nº 9.761/2019 com base em diversas considerações, dentre as quais destacam-se: a contradição entre o tratamento dos agravos à saúde mental sem descumprir os direitos de cidadania preconizados pela Constituição de 1988 e o fim da política de redução de

danos; a inconstitucionalidade dos retrocessos nos avanços obtidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial através de reorientações no sentido da alienação, do asilamento e da ampliação do sofrimento; e, ainda, a crítica à nova política, que tem como eixo o modelo de abstinência, pautado no financiamento das CTs em paralelo ao esfacelamento da Raps e o sucateamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

A pesquisa intitulada *Financiamento público de Comunidades Terapêuticas*, realizada pela Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), apurou que, entre 2017 e 2020, o investimento federal em Comunidades Terapêuticas chegou a R\$ 300 milhões. Esta quantia, somada aos valores repassados por governos e prefeituras de capitais, totaliza R\$ 560 milhões (Conectas; Cebrap, 2021). Conforme o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps), essa cifra poderia manter mais de seis mil unidades de Caps funcionando 24h ou servir para implantar mais de 11 mil novas unidades no Brasil. Além do elevado investimento público direto nas Comunidades Terapêuticas, “com a sanção da Lei Complementar nº 187/2021, as CTs passaram a ter o direito de buscar imunidade tributária e, assim, receber financiamento público indireto” (Ieps, 2022, p. 40).

Não existe produção de saúde na atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas com isolamento e privação de liberdade, pois quando isso ocorre há, apenas, violação dos seus direitos humanos. Nas inspeções realizadas nas Comunidades Terapêuticas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) foram constatadas práticas que configuram violações de direitos e agravam o sofrimento psíquico dos sujeitos, tais como castigos, punições, indícios de tortura e trabalho forçado ou “laborterapia” (CFP, 2018). De outra parte, ao realizarem a prestação de serviço em regime de internação fechada, as Comunidades Terapêuticas não se habilitam às exigências da Lei nº 10.216/2001, o que impede o seu ingresso no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No plano político, ainda que tenha sido derrotada nas eleições presidenciais de 2022, a extrema direita se fortaleceu na sociedade brasileira, especialmente no âmbito do Legislativo, como demonstra o perfil da Câmara dos Deputados com predomínio dos interesses das bancadas do boi (agronegócio), da bala (indústria armamentista) e da Bíblia (Igrejas neopentecostais). No plano econômico, prevalece o desinvestimento público nas políticas sociais imposto pelo regime fiscal de austeridade da Emenda Constitucional nº 95, que estabelece o “Teto dos Gastos” (Brasil, 2016).

É ilustrativo desse processo que, na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica, o atual governo federal, empossado em 2023, não tenha revogado o Decreto nº 9.761/2019, mantendo as CTs na Raps e tendo criado o Departamento de Apoio a Co-

munidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Isso gerou a Recomendação 01/23 do CNS, que, contrária a essa iniciativa, enfatizou a necessidade do fortalecimento da Raps no SUS.

Contra o modelo de atenção psicossocial estruturador da Raps, a ofensiva que tem a abstinência como medida prioritária é constituída pelo racismo, sexismo, homofobia e transfobia, na medida em que configura um contraponto moral da política de redução de danos, corroborando com a dimensão religiosa/não laica no cuidado. Numa posição antagônica, é necessário e urgente: reforçar a defesa do SUS como a principal estratégia para as ações de saúde mental; revogar as legislações bolsonaristas; ampliar a cobertura dos Caps 24h e das unidades de acolhimento; centralizar a fiscalização e o monitoramento das internações psiquiátricas no Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde; e fortalecer a gestão participativa e o controle social democrático na política de saúde.

Nessa perspectiva, o artigo que abre o dossiê temático desta edição, produzido por Marco José Oliveira Duarte, Dayana Barbosa Furtado, Marcilea Tomaz e Thays Ribeiro da Silva, aborda os limites e desafios do cuidado em saúde para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, considerando a articulação histórica entre a hegemonia da lógica manicomial e a política de proibicionismo das drogas no Brasil. O texto ressalta os retrocessos políticos e econômicos na sociedade e suas consequências para o cuidado às/aos usuárias/os dos serviços e aponta que as estratégias de enfrentamento às drogas, pautadas na repressão e violência, devem ser substituídas por políticas de redução de danos, por educação em direitos humanos, pela saúde e pelo cuidado integral, territorial e de atenção psicossocial, bem como pela regulação do mercado e legalização das drogas.

Os quatro textos seguintes também se debruçam sobre a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil. O primeiro artigo, elaborado por Alessandra Ximenes da Silva e Rosiane Oliveira da Costa, analisa a Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil, particularmente nos governos ultraneoliberais de Michel Temer e de Jair Bolsonaro, com destaque para as contrarreformas que corroboram a tendência da (re)manicomialização na atualidade, em oposição à Luta Antimanicomial. O segundo artigo, redigido por Liziane Silva Cruz e Cynthia Studart Albuquerque, enfoca a reatualização proibicionista das políticas sobre drogas durante o governo Bolsonaro, mediante o avanço do neoliberalismo. O estudo demonstra que o realinhamento das políticas sobre drogas, de um lado, reduziu os investimentos na Raps, e, de outro, aumentou os gastos do Ministério de Justiça e Segurança Pública (MJSP), evidenciando um substancial investimento no “combate às drogas”, sob a ótica da repressão e da punição. O terceiro artigo, escrito por Leandro Sobral de Lima e Dan Pinheiro Montenegro, aborda o binômio do proibicionismo-racismo no âmbito da “questão das drogas”, a partir de aspectos históricos e com base em dados atuais sobre o encarceramento no Brasil. O texto argumenta que a lógica reproduzida pela proibição atualiza formas de opressão históricas e presentes na constituição do tecido social

brasileiro, principalmente no que diz respeito à classe e raça. Isto é, a lógica proibicionista tem sido eficaz para encarcerar e matar a população pobre e negra. O quarto artigo, redigido por Marianna Nascimento Fernandes e Andréia de Oliveira, discute o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas no processo de contrarreforma e privatização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no SUS, cujo modo de intervenção, pautado na disciplina-trabalho-espiritualidade, opera na contramão dos princípios das reformas sanitária e psiquiátrica.

O segundo bloco do dossiê temático é composto por seis artigos. O primeiro artigo, de Betina Ahlert e Vitória Cravo Costa, discorre sobre a perspectiva antimanicomial na Política de Saúde Mental, a partir da percepção dos trabalhadores dos Caps de Cuiabá (MG). As autoras sinalizam as contradições, avanços e retrocessos na implementação dos serviços que se contrapõem à cultura hospitalocêntrica, manicomial e de desrespeito aos direitos humanos. O segundo artigo, de Ana Carolina Niside, Thiago Bagatin e Maria Lucia Boarini, expõe os resultados de uma pesquisa realizada no Tribunal de Justiça do Paraná. Os resultados demonstram existir uma jurisprudência consolidada que referenda o cumprimento de medidas de segurança em manicômios judiciais, ferindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Isso, conseqüentemente, reforça a manutenção da internação e a associação entre loucura-periculosidade-crime.

Considerando um campo aberto de possibilidades, o terceiro artigo, de Olívia Barbosa Miranda e Thaísa Vieira Costa, relata o trabalho realizado pela equipe do Caps junto a um sujeito diagnosticado com transtorno mental grave e à sua família. A inspiradora experiência de desinstitucionalização sinaliza os desafios do processo de retorno à sociedade e do papel dos serviços substitutivos, em articulação com o papel da família e da equipe de saúde mental, durante a transição do manicômio para o convívio familiar e social em liberdade. Já o quarto artigo, de Yago Pereira de Freitas, Liane de Souza, Ariadne de Jesus e Thiago Cunha, apresenta a interessante experiência do Programa Espaço da Diferença, que integra a programação da *web* rádio comunitária Revolução FM. Sob a coordenação do Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho, este programa é produzido coletivamente com usuários dos serviços de saúde mental do Instituto Municipal Nise da Silveira no Rio de Janeiro e busca fortalecer a luta contra a segregação social e a discriminação dos sujeitos, por meio da expressão artístico-cultural. O quinto artigo, de Renata de Valentim e Mariah da Silva Martins, também aborda o Instituto Municipal Nise da Silveira, propondo uma breve cartografia da história das formas de cuidado nele desenvolvidas. As autoras indicam que o uso da arte e da cultura na reinvenção existencial de sujeitos institucionalizados constrói novas formas de tratamento, em oposição ao modelo manicomial. O sexto e último artigo deste bloco, de Jose Maria Alberdi, traz reflexões críticas sobre a Política de Saúde Mental na Argentina, num contexto de reformas e contrarreformas, enfocando, em particular, o caso da Província de Santa Fé.

A seção tema livre é composta pelo artigo elaborado por Ricardo Peres da Costa e Olegna de Souza Guedes, que aborda a associação entre o controle sociometabólico do capital e os efeitos contemporâneos do Estado penal, considerando a realidade aviltante e as condições precárias das prisões brasileiras, agravadas ainda mais no contexto da pandemia *Coronavirus Disease* (Covid-19).

Nesta edição da *Revista Em Pauta*, Ana Inês Simões Cardoso de Melo e Ney Luiz Teixeira de Almeida realizaram uma entrevista inescusável com Sonia Barros, enfermeira e atual diretora do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, que, em 2022, foi agraciada com o Prêmio Nise da Silveira. A entrevistada nos falou da atual perspectiva de reconstrução da Política de Saúde Mental no país, em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, e de retomada da Política de Álcool e outras Drogas, fundamentada nos direitos humanos, na articulação interministerial e intersetorial e no resgate da participação popular na construção e gestão das políticas.

Esta edição também apresenta duas resenhas de obras fundamentais para o debate da saúde mental. A primeira, elaborada por Roberta Lima Costa, é do livro de Deivison Faustino intitulado *Frantz Fanon e as encruzilhadas: teoria, política e subjetividade escritas*, publicado em 2022 pela Ubu Editora. A segunda, escrita por Ana Carolina Bondezan Nogueira, é do livro de Rachel Gouveia Passos intitulado *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*, publicado em 2023 pela Hucitec Editora.

Nesta edição, a homenagem de vida *in memoriam* é em reconhecimento à influência transformadora exercida pelo médico neurologista Domingos Sávio do Nascimento Alves no campo da saúde mental. Domingos teve papel de destaque no movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e sua atuação foi primordial nos debates e no processo de construção da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 1980, deixando um legado de conquistas e realizações na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Encerrando esta edição, a mostra fotográfica apresenta o trabalho de Eduardo Mourão Vasconcelos que, além de professor, pesquisador e escritor, também é escultor e fotógrafo. Não podemos deixar de registrar que Eduardo é psicólogo, cientista político e professor associado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Sua trajetória é marcada por seu ativismo político e trabalho de assessoria, especialmente em saúde mental, junto aos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial. Seu trabalho artístico propõe uma contemplação paisagística, através da qual é possível criar insinuantes “obras pictóricas”. As imagens criadas num equilíbrio de luz e cor mostram realidades capturadas pelo encantamento de um olhar que transpassa a lente da câmera, produzindo estéticas e significados.

Por fim, trancar não é tratar! É pela centralidade da mobilização e participação de trabalhadoras/es, usuárias/os e familiares na reivindicação por financiamento público e

efetivo controle social para a saúde que a ideia do “bicho de sete cabeças” pode ser enfrentada. Urge a construção cotidiana de uma atenção psicossocial democrática, antiproibicionista, com a contribuição de diferentes áreas do conhecimento e na defesa do SUS, da saúde mental e das políticas sociais públicas que o compõem. É nesse espírito que convidamos todas/es a percorrerem, explorarem e serem afetadas/es pelos conteúdos que apresentamos em mais essa edição da *Em Pauta*. Apreciem a leitura!

## Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvT4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação n. 018, de 12 de abril de 2019. Brasília, DF: MS/CNS, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco018.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, 2017. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

CONNECTAS; CEBRAP. *Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

IPES; UMANE. *Mais SUS em evidências: saúde mental*. São Paulo: Ipes/Umane, 2022. Disponível em: <https://agendamaisus.org.br/evidencias/>. Acesso em: 1 nov. 2023.

# Resistance and prohibitionism in mental health: drug use as a complex problem

*Resistências e proibicionismos na saúde mental: o uso de drogas como o bicho de sete cabeças da atualidade*

Ana Paula Procópio da Silva\* 

Mônica de Jesus Cesar\*\* 

*“Não dá pé não tem pé nem cabeça  
Não tem coração que esqueça  
Não tem ninguém que mereça  
Não tem jeito mesmo  
Não tem dó no peito  
Não tem nem talvez  
Ter feito o que você me fez  
Desapareça*

*Bicho de sete cabeças, bicho de sete cabeças”*  
(Zé Ramalho, Geraldo Azevedo, Renato Rocha)

Few public health topics provoke as many divergent opinions and heated debates as drug use, whether those considered licit, in the case of alcoholic beverages, or illicit ones, such as marijuana, cocaine, and crack. This has been blown out of proportion by the media calling it a complex problem and, currently, it articulates different spheres of government and public policies besides health – public security and social assistance being the most common –, mobilizing significant portions of the public fund in this confrontation. These elements go beyond common sense and there is a lack of research, reflection, and systematization to deepen the debate based on critical appropriations of the multiple factors that constitute this theme as a political issue.

In this direction, issue 54 of *Em Pauta: social theory and contemporary reality* brings the thematic dossier *Brazilian Mental Health Policy and the use of alcohol and other drugs*. This edition brings together scientific articles originating from professional and activist experiences, relevant research and studies that corroborate Brazilian Mental Health Policy with a focus on comprehensive care for people

## EDITORIAL

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80187>

\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: [anapaulaprocopio@yahoo.com.br](mailto:anapaulaprocopio@yahoo.com.br).

\*\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: [mojcesar@gmail.com](mailto:mojcesar@gmail.com).

Cite this article: SILVA, A. P. P.; CESAR, M. J. Editorial. Resistance and prohibitionism in mental health: drug use as a complex problem. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 17-23, jan./abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80187>



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

who make use of alcohol and other drugs, based on the psychosocial care model, harm reduction, and the rights of users, family members, and healthcare workers.

The Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic, which was declared over by the World Health Organization (WHO) on 5 May 2023, coincided in Brazil with the intensification of the economic, social, and political crisis, with setbacks in democracy and the significant dismantling of public policies undertaken by the Bolsonaro administration. In Brazilian Mental Health Policy, the psychosocial care model – a care strategy adopted after Law 10,216/2001 of the Psychiatric Reform (Brazil, 2001) – was the target of both defunding and political emptying, with the legal inclusion of Therapeutic Communities (TCs) in the Psychosocial Care Network (RAPS) and the advancement of prohibitionism as the flagship of the “new” drug policy established by Decree 9,761/2019 (Brazil, 2019).

It is worth noting that the establishment of RAPS in 2011 was an important milestone in Brazilian Mental Health Policy, as it introduced a new dimension to the set of mental health actions in the Unified Health System (SUS), whose established objectives were:

the expansion of access to psychosocial care for the population, at its different levels of complexity; promoting access for people with mental disorders and needs resulting from the use of crack, alcohol, and other drugs, as well as their families, to points of care; and guaranteeing the articulation and integration of health network care points in the territory, qualifying care through reception, continuous monitoring, and emergency care. (Amarante; Nunes, 2018, p. 2072).

Contrary to the principles of RAPS, the novelty mentioned is based on the withdrawal of rights from people with needs arising from drug use, opening the way to compulsory hospitalization through the stigmatization of users as dangerous and the medicalization of use scenarios as territories to be the target of hygiene policy by the state, like “Cracolândia” in São Paulo’s city center. This makes society believe that the return of the hospital-centric asylum model is the solution, that is, a counter-reform contrary to the logic of autonomy, care in freedom and in the territory, and the participation of subjects. It imposes a prohibitionist ideal, which violates fundamental human rights, without scientific bases and without a broad debate with civil society.

In 2019, through Recommendation 18 (Brazil, 2019), the Brazilian National Health Council (CNS) requested, together with the Federal Prosecution Service, the revocation of Decree 9,761/2019 based on several considerations, among which the following stand out: the contradiction between the treatment of mental health problems without violating civil rights expressed in the 1988 Constitution and the end of the harm reduction policy; the unconstitutionality of the setbacks in the advances made by the Psychiatric Reform

Law and the Anti-Asylum Fight through reorientations towards alienation, asylum, and the increase in suffering; and also the criticism of the new policy, which has as its axis the abstinence model, based on the financing of TCs in parallel with the disintegration of RAPS and the scrapping of Psychosocial Care Centers (CAPS).

The research entitled *Public Financing of Therapeutic Communities*, carried out by Conectas Human Rights and the Brazilian Center for Analysis and Planning (CEBRAP), found that, between 2017 and 2020, federal investment in Therapeutic Communities reached R\$ 300 million. This amount, added to the amounts transferred by state capital prefectures and state governments, totals R\$560 million (Conectas; CEBRAP, 2021). According to the Institute of Health Policy Studies (IEPS), this figure could keep more than six thousand CAPS units operating 24 hours a day or serve to implement more than 11 thousand new units in Brazil. In addition to the high direct public investment in Therapeutic Communities, “with the sanction of Complementary Law 187/2021, TCs now have the right to seek tax immunity and, thus, receive indirect public financing” (IEPS, 2022, p. 40).

In the care of people with needs resulting from drug use, there is no health production with isolation and deprivation of liberty. When this occurs, there is only a violation of their human rights. In inspections carried out in Therapeutic Communities by the Federal Council of Psychology (CFP), the Office of the National Ombudsman (PFDC) of the Federal Prosecution Service and the National Mechanism for Preventing and Combating Torture (MNPCT), practices were found that constitute rights violations and aggravate the psychological suffering of the subjects, such as abuses, punishments, signs of torture, and forced labor or “labor therapy” (CFP, 2018). On the other hand, when providing services under a closed hospitalization regime, Therapeutic Communities do not qualify for the requirements of Law 10,216/2001, which prevents their entry into the National Registry of Health Establishments (CNES).

On a political level, even though it was defeated in the 2022 presidential elections, the extreme right has strengthened in Brazilian society, especially within the legislative branch, as demonstrated by the profile of the Chamber of Deputies with a predominance of the interests of the Bull Caucus (agribusiness), the Bullet Caucus (armament industry) and the Bible Caucus (neo-Pentecostal churches). On the economic level, public disinvestment in social policies imposed by the austerity fiscal regime of Constitutional Amendment 95, which establishes the “Expenditure Ceiling” (Brazil, 2016), prevails.

It is illustrative of this process that, contrary to the principles of the Psychiatric Reform, the current federal government, taking office in 2023, has not revoked Decree 9,761/2019, maintaining the TCs in RAPS and having created the Department of Support for Therapeutic Communities within the scope of the Ministry of Development and

Social Assistance, Family, and Fight Against Hunger. This generated CNS Recommendation 1/2023, which, contrary to this initiative, emphasized the need to strengthen RAPS in the SUS.

Against the psychosocial care model structuring RAPS, this offensive that places abstinence as a priority measure is racist, sexist, homophobic, and transphobic, as it constitutes a moral counterpoint to the harm reduction policy, corroborating dimensions in care that are religious/not secular. In an antagonistic position, it is necessary and urgent: to reinforce the defense of the SUS as the main strategy for mental health actions; repeal Bolsonaroist legislation; expand coverage of 24h CAPS and reception units; centralize the supervision and monitoring of psychiatric hospitalizations in the Department of Mental Health of the Ministry of Health; and strengthen participatory management and democratic social control in health policy.

From this perspective, the article that opens the thematic dossier of this edition, produced by Marco José Oliveira Duarte, Dayana Barbosa Furtado, Marcilea Tomaz, and Thays Ribeiro da Silva, addresses the limits and challenges of health care for people who make use of harmful drugs, considering the historical articulation between the hegemony of the asylum logic and the drug prohibition policy in Brazil. The text highlights the political and economic setbacks in society and their consequences for the care of service users, pointing out that strategies to combat drugs based on repression and violence must be replaced by harm reduction policies, by education in human rights, by health, and by comprehensive, territorial, and psychosocial care, as well as for market regulation and legalization of drugs.

The following four texts also focus on the Mental Health, Alcohol and Other Drugs Policy in Brazil. The first article, prepared by Alessandra Ximenes da Silva and Rosiane Oliveira da Costa, analyzes the Mental Health and Drugs Policy in Brazil, particularly in the ultra-neoliberal governments of Michel Temer and Jair Bolsonaro, with emphasis on the counter-reforms that corroborate the trend of (re)asylumization treatment today, as opposed to the Anti-Asylum Fight. The second article, written by Liziane Silva Cruz and Cynthia Studart Albuquerque, focuses on the prohibitionist re-updating of drug policies during the Bolsonaro administration, through the advance of neoliberalism. The study demonstrates that the realignment of drug policies, on the one hand, reduced investments in RAPS, and, on the other, increased spending by the Ministry of Justice and Public Security (MJSP), showing a substantial investment in the “fight against drugs”, from the perspective of repression and punishment. The third article, written by Leandro Sobral de Lima and Dan Pinheiro Montenegro, addresses the binomial of prohibitionism-racism within the scope of the “drug issue”, based on historical aspects and based on current data on incarceration in Brazil. The text argues that the logic reproduced by prohibition updates historical forms of oppression present in the constitution of the Bra-

zilian social fabric, mainly with regard to class and race. That is, the prohibitionist logic has been effective in incarcerating and killing the poor and black population. The fourth article, written by Marianna Nascimento Fernandes and Andréia de Oliveira, discusses the strengthening of Therapeutic Communities in the process of counter-reform and privatization of the National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs in the SUS, whose mode of intervention, based on discipline-work-spirituality, operates against the principles of health and psychiatric reforms.

The second block of the thematic dossier consists of six articles. The first article, by Betina Ahlert and Vitória Cravo Costa, discusses the anti-asylum perspective in the Brazilian Mental Health Policy, based on the perception of CAPS workers in Cuiabá, Minas Gerais. The authors highlight the contradictions, advances, and setbacks in the implementation of services that oppose the hospital-centric asylum culture of disrespect for human rights. The second article, by Ana Carolina Niside, Thiago Bagatin, and Maria Lucia Boarini, presents the results of a survey carried out at Paraná's Court of Justice. The results demonstrate that there is consolidated jurisprudence that endorses compliance with security measures in judicial asylums, violating the principles of the Psychiatric Reform. This, consequently, reinforces the maintenance of hospitalization and the association between madness-dangerousness-crime.

Considering an open field of possibilities, the third article, by Olívia Barbosa Miranda and Thaísa Vieira Costa, reports the work carried out by a CAPS team with a subject diagnosed with a serious mental disorder and his family. The inspiring experience of deinstitutionalization highlights the challenges of the process of returning to society and the role of substitute services, in conjunction with the role of the family and the mental health team, during the transition from the asylum to a free family and social life. The fourth article, by Yago Pereira de Freitas, Liane de Souza, Ariadne de Jesus, and Thiago Cunha, presents the interesting experience of the Espaço da Diferença program, which is part of the programming of the community web radio Revolution FM. Under the coordination of the Trilhos do Engenho Coexistence and Cultural Center, this program is produced collectively with users of the mental health services of the Instituto Municipal Nise da Silveira in Rio de Janeiro and seeks to strengthen the fight against social segregation and discrimination of subjects, through artistic-cultural expression. The fifth article, by Renata de Valentim and Mariah da Silva Martins, also addresses the Nise da Silveira Municipal Institute, proposing a brief cartography of the history of the forms of care developed there. The authors indicate that the use of art and culture in the existential reinvention of institutionalized subjects builds new forms of treatment, as opposed to the asylum model. The sixth and final article in this group, by Jose Maria Alberdi, brings critical reflections on the Mental Health Policy in Argentina, in a context of reforms and counter-reforms, focusing, in particular, on the case of the Province of Santa Fé.

The free theme section is composed of the article written by Ricardo Peres da Costa and Olegna de Souza Guedes, which addresses the association between the socio-metabolic control of capital and the contemporary effects of the penal state, considering the degrading reality and precarious conditions of Brazilian prisons, further aggravated in the context of the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic.

In this edition of the *Em Pauta Journal*, Ana Inês Simões Cardoso de Melo and Ney Luiz Teixeira de Almeida conducted an unmissable interview with Sonia Barros, nurse and current director of the Department of Mental Health, Alcohol and Other Drugs of the Secretariat of Specialized Care of the Ministry of Health, which, in 2022, was awarded the Nise da Silveira Prize. The interviewee told us about the current perspective of rebuilding the Mental Health Policy in the country, in line with the precepts of the Psychiatric Reform, and the resumption of the Alcohol and Other Drugs Policy, based on human rights, on interministerial and intersectoral coordination, and on resuming popular participation in the construction and management of policies.

This edition also presents two reviews of fundamental works for the mental health debate. The first, prepared by Roberta Lima Costa, is from the book by Deivison Faustino entitled *Frantz Fanon and the crossroads: theory, politics, and subjectivity*, published in 2022 by Ubu Editora. The second, written by Ana Carolina Bondezan Nogueira, is from the book by Rachel Gouveia Passos entitled *In the sights of the rifle: the mental health of black women under analysis*, published in 2023 by Hucitec Editora.

In this edition, the *in memoriam* life tribute is in recognition of the transformative influence exerted by neurologist Domingos Sávio do Nascimento Alves in the field of mental health. Domingos played a prominent role in the Anti-Asylum Movement in Brazil and his role was essential in the debates and in the process of building the Psychiatric Reform from the 1980s onwards, leaving a legacy of achievements in the Brazilian Mental Health, Alcohol and Other Drugs Policy.

Closing this edition, the photographic exhibition presents the work of Eduardo Mourão Vasconcelos who, in addition to being a teacher, researcher, and writer, is also a sculptor and photographer. We cannot fail to note that Eduardo is a psychologist, political scientist, and associate professor at the School of Social Service at the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ). His career is marked by his political activism and advisory work, especially in mental health, alongside the Psychiatric Reform and Anti-Asylum movements. His artistic work proposes landscape contemplation, through which it is possible to create insinuating “pictorial works.” The images created in a balance of light and color show realities captured by the wonder of a look that goes beyond the camera lens, producing aesthetics and meanings.

Finally, locking up is not treating! It is through the centrality of the mobilization and participation of workers, users, and families in the demand for public financing and

effective social control for health that the idea of the “complex problem” can be faced. There is an urgent need for the daily construction of democratic, anti-prohibitionist psychosocial care, with the contribution of different areas of knowledge and in defense of the SUS, of mental health, and of the public social policies that comprise it. It is in this spirit that we invite everyone to wander, explore, and be affected by the content we present in this issue of *Em Pauta*. Enjoy reading!

## References

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018, [www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt). Accessed 1 November 2023.

BRAZIL. Law 10,216, of 6 April 2001. Brasília, DF: Presidência da República, 2001, [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Accessed 1 November 2023.

BRAZIL. Constitutional Amendment 95, of 15 December 2016. Brasília, DF: Presidência da República, 2016, [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Accessed 1 November 2023.

BRAZIL. Decree 9,761, of 11 April 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2019, [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Accessed 1 November 2023.

BRAZIL. Ministry of Health. National Health Council. Recommendation 18, of 12 April 2019. Brasília, DF: MS/CNS, 2019, [conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco018.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco018.pdf). Accessed 1 November 2023.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, 2017. Brasília, DF: CFP, 2018, [site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf). Accessed 1 November 2023.

CONNECTAS; CEBRAP. *Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2021, [www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-TCs-w5101135-ALT5-1.pdf](http://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-TCs-w5101135-ALT5-1.pdf). Accessed 1 November 2023.

IPES; UMANE. *Mais SUS em evidências: saúde mental*. São Paulo: Ipes/Umane, 2022, [agendamaissus.org.br/evidencias/](http://agendamaissus.org.br/evidencias/). Accessed 1 November 2023.

# Drogas, proibicionismo e cuidado em liberdade: desafios à política pública

*Drugs, prohibitionism, and the care in liberty: challenges to public policy*

Marco José de Oliveira Duarte\* 

Dayana Barbosa Furtado\*\* 

Marcilea Tomaz\*\*\* 

Thays Ribeiro da Silva\*\*\*\* 

## RESUMO

Muitos dos limites e desafios em estabelecer o cuidado em saúde mental às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas decorre, ainda, em função da hegemonia da lógica manicomial do cuidado e do proibicionismo das drogas presente no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Neste sentido, o artigo tem por objetivo analisar o proibicionismo das drogas, no Brasil, como política pública que estrutura a história desta para o campo de atenção aos usuários de drogas, mesmo com resistências e outras políticas e iniciativas governamentais, revelando as barreiras sobre acesso e cuidado, no cotidiano dos serviços, por parte de profissionais na rede pública de saúde. Ressalta-se também que o cuidado em saúde mental e drogas dirigido às pessoas com transtornos mentais e às que fazem uso prejudicial de drogas tem sido ainda atravessado por retrocessos de ordem econômica e política que trazem consequências evidentes ao cuidado prestado à população usuária.

**Palavras-Chave:** proibicionismo; políticas de drogas; cuidado em saúde mental.

## ABSTRACT

Many of the limits and challenges in establishing mental health care for people who make harmful use of drugs, also stem from the hegemony of the asylum logic of care and the prohibition of drugs, present in the daily life of the services of the psychosocial care network. In this sense, the article aims to analyze the prohibition of drugs, in Brazil, as a public policy that structures its history for the field of care for drug users, even with resistance and other government policies and initiatives, revealing the barriers to access and care, in the routine of services, by professionals in the public health network. It should also be noted that mental health and drug care aimed at people with mental disorders and those who make harmful use of drugs has still been crossed by economic and political setbacks that bring obvious consequences to the care provided to the user population.

**Keywords:** prohibitionism; drug policy; mental health care.

## Introdução

Nos últimos tempos temos visto emergirem intensas pesquisas que tomam como objeto as drogas e seus usos e, particularmente, a

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80188>

\*Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marco.duarte@ufff.br.

\*\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dayanabf1997@gmail.com.

\*\*\*SRT de Juiz de Fora/GEDAE-PJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: marcileatomaz@gmail.com.

\*\*\*\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: thaysrs23@gmail.com.

Como citar: DUARTE, M. J. O.; FURTADO, D. B.; TOMAZ, M. SILVA, T. R. Drogas, proibicionismo e cuidado em liberdade: desafios à política pública. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 24-38, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80188>

Recebido em 26 de agosto de 2023.

Aprovado para publicação em 02 de setembro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

política e o modelo que organizam, pelo Estado brasileiro, a atenção e o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. É público e notório, portanto, que a crítica se volta ao proibicionismo e à sua seara principal: a guerra às drogas como a falácia moralista, conservadora e racista de uma sociedade sem drogas.

Este artigo tem por objetivo problematizar o projeto proibicionista de drogas que historicamente estruturou a política pública sobre drogas pelo Estado brasileiro. Propomos também a analisar a produção do cuidado aos usuários de drogas no campo da atenção psicossocial da política de saúde mental e drogas no país. Desta forma, o trabalho de análise aqui proposto, toma as barreiras de acesso e cuidado, como outros entraves, no cotidiano dos serviços, ao lidar com pessoas em sofrimento mental e as que fazem uso prejudicial de drogas, atendidas por profissionais da rede pública de saúde na rede de atenção psicossocial.

Estas são relações complexas, atravessadas por questões de ordem moral, conservadora, religiosa e de retrocessos, mas também de encontros, potências e resistências do cuidado em liberdade e no território.

## Drogas e proibicionismo: um breve panorama histórico e político da questão

Nem sempre na história da modernidade as drogas foram normatizadas conforme as diretrizes do proibicionismo. Ao contrário, em meados do século XIX, o consumo de ópio era condicionado àqueles que desejassem aliviar as dores das enfermidades da época, além de atravessar diversos artistas daquele tempo, que as consumiam publicamente. Sobre este movimento, surgem diversas pesquisas em torno de outras substâncias que posteriormente se tornaram o auge do capitalismo em termos mercantis (Carneiro, 2018).

Apesar disso, é no início do século XX que se tem o marco das primeiras iniciativas legais para tornar o consumo de determinadas substâncias uma afronta às diretrizes do comportamento moral impostas pela classe dominante a determinados grupos sociais. Não é por acaso que Escotado (2004), em sua pesquisa internacional, indica a ação de associar o consumo de ópio a determinadas situações, como à corrupção infantil, vinculado aos imigrantes chineses na América do Norte, mas também à cocaína, à violência sexual praticada por negros, à *marijuana*, à imigração dos mexicanos e ao álcool, aos comportamentos imorais de judeus e irlandeses.

Logicamente, há agentes políticos junto a líderes religiosos movimentando racionalmente uma campanha em torno do consumo, como que profetizando o envenenamento das pobres jovens almas brancas americanas. Por consequência, devido também à expansão imperialista da cultura anglo-saxônica, têm-se as primeiras iniciativas legais em torno da proibição, como foram formalizadas por resoluções em Xangai (1906) e em Haia (1912). “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” (Fiore, 2012, p. 9). Assim, os países signatários de tais resoluções pactuaram-se na guerra às drogas, em uma lógica de criminalização, punição e morte para quem produzisse, vendesse e consumisse tais substâncias.

Podemos considerar que o fervor proibicionista inaugurou a história da criminalização das drogas, não deixando espaço para a moderação. Assim, o excesso da proibição foi construindo as marcas da necessidade da abstinência, almejando um mundo sem tais substâncias, onde comparava-se a sobriedade contínua ao juízo moral.

No campo jurídico algumas legislações, em torno da ilegalidade de determinadas substâncias, como ópio, morfina e cocaína, eram discutidas com fervor pelos apologistas proibicionistas, especialmente em meados da década de 1950, dado o aumento do consumo pela população, apontada como perturbadora pelos segmentos mais conservadores.

As mudanças no fluxo do ordenamento do capital, inclusive o processo de transição do fordismo para acumulação flexível, transborda transformações para além da produção material. Harvey (1992) destaca a compressão do tempo e do espaço afetando substancialmente o modo de vida dos tempos pós-modernos.

A premissa de que vivemos em uma *passagem* de constantes alternâncias desencadeia uma paradoxal realidade. No mesmo *tempo e espaço*, questionamos normas, ideias, ideologias, produtos, técnicas de produção e formas de organização social provocam uma “temporalidade na estrutura dos sistemas de valores públicos e pessoais que fornece contexto para a quebra do consenso e para diversificação dos valores numa sociedade em vias de fragmentação” (Harvey, 1992, p. 259). Contudo, o mesmo movimento baseado na efemeridade traz, conseqüentemente, a necessidade de produzir algum tipo de verdade eterna que nela possa residir. Para este *contramovimento*, Harvey (1992) destaca o apego aos preceitos religiosos e à autoridade política, “com todos os seus atavios de nacionalismo, localismo, e admiração por indivíduos carismáticos e multiformes com sua vontade de poder” (Harvey, 1992, p. 263). Esta ação pode, dadas as circunstâncias, na melhor das hipóteses, condensar organizações conservadoras, e, na pior, movimentar reivindicações reacionárias.

O paradoxo da pós-modernidade é de tamanho incalculável, ao passo que a individualização e a necessidade de pertencer a um espaço configuram o pensamento cultural e político nesses tempos. De todo modo, parece aflorar um nacionalismo cego diante das barbáries no mundo cambiante.

Isto não poderia ser diferente frente às resoluções despojadas pelo proibicionismo. Por consequência temos segmentos de diversas categorias profissionais questionando o tratamento daqueles que fazem uso prejudicial da droga. Entretanto, como expôs ironicamente Escohotado (2004, p. 133), expandiu-se uma iniciativa *terapeutista* que trata esses sujeitos de modo “análogo a quem sofre de úlcera ou pneumonia” e, não à toa, há reações contrárias a esta iniciativa. Como apontado pelo jurista Edwin Schur (1965 *apud*

Escohotado, 2004, p. 133), “usar certas drogas era só um entre os muitos outros crimes sem *corpus delicti*, como a homossexualidade, o pacifismo, a prostituição, a eutanásia e jogos em locais não autorizados”.

No campo das políticas de drogas tem-se um novo ordenamento reafirmando o pacto proibicionista no combate às substâncias e aos seus usuários. O discurso de guerra às drogas promovido pelo presidente estadunidense Richard Nixon (1969-1974), ao eleger as substâncias ilícitas como a inimiga número um do país, reverbera, assim, em uma nova onda de violência em torno dos sujeitos que as consomem, como também reafirma a má influência dos países latino-americanos em meio à nação puramente limpa.

Apesar disso, a corrosão do mito por detrás do sonho americano fez ecoar as múltiplas vozes a respeito da conduta arbitrária do Estado, como a ferocidade do modo de produção capitalista e, também, a violência exacerbada sobre outras nações, fruto das guerras caras e aparentemente sem motivo justificável.

É neste cenário, portanto, que emerge o movimento de contracultura, sinalizado por Harvey (1992) como insatisfação do modo como a era moderna se desenrola após 1945. A arte e a cultura passam a responder à hegemonia da classe dominante e à racionalidade que engessa os indivíduos. Assim, os próprios elementos que estruturam as relações sociais em face ao imperialismo estadunidense criam as armas políticas e ideológicas para sua crítica.

O movimento proibicionista, segundo Escohotado (2004), vai apresentando fragmentos desde a sua gênese e permanência, resultando, portanto, em diversas resistências e críticas. Têm-se, assim, os moderados, rejeitando a distinção entre medicamentos e estupefacientes, crendo que a problemática das drogas está nos indivíduos e não nas substâncias. Emerge também a vertente radical, que construía críticas em torno da definição da toxicomania e apontava para os processos de estigmatização. Neste rol, urge a perspectiva de intervenção do Estado na vida privada dos indivíduos e a ineficácia sobre o controle de determinadas substâncias que de nada adianta para a diminuição do consumo.

As mudanças orquestradas nas décadas de 1970 e 1980 configuram novos padrões em diversos setores da produção e reprodução social. A chamada acumulação flexível desdenhou da rigidez fordista, difundindo amplamente a necessidade de novos setores de produção, “novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial tecnológica e organizacional” (Harvey, 1992, p. 140).

No relatório produzido pela Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia<sup>1</sup> (2009), *Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma*, apresenta-se o

---

1 Comissão formada pelos ex-presidentes como César Gaviria, da Colômbia (1990-1994), Ernesto Zedillo, do México (1994-2000) e Fernando Henrique Cardoso, do Brasil (1995-2003) e integrada por mais dezessete personalidades independentes.

debate público das principais conclusões da referida comissão ao avaliar o impacto das políticas de “guerra às drogas”, como as recomendações para estratégias mais eficientes, seguras e humanas. Tais propostas configuram uma mudança profunda de paradigma no entendimento e enfrentamento do cenário real e político das práticas proibicionistas que estruturam o problema das drogas na América Latina.

Ao enfatizar que a política atual sobre drogas é permeada de preconceitos, temores e visões ideológicas, os autores partem para a premissa de que, para ao menos reaver a conta histórica de um século do proibicionismo, deve-se reconhecer o fracasso desta.

A estratégia centrada fundamentalmente na repressão fracassou na América Latina. O desejo de um mundo sem drogas não constitui um horizonte realista e, portanto, não pode ser o fundamento de políticas públicas, cujos objetivos devem ter como prioridade a prevenção, o tratamento e a redução de danos para o conjunto da sociedade, os indivíduos, as famílias e as instituições. (Comissão Latino-Americana..., 2009, p. 38-39).

O documento segue tecendo críticas ao modo atual baseado nas iniciativas estadunidenses de cunho estritamente proibicionista, colocando em evidência tanto a necessidade de olhar para os países da União Europeia que adotaram medidas baseadas na redução de danos, como de responsabilizar os EUA por mobilizar esta cruzada proibicionista que não se aplica às diversas realidades políticas e sociais de outras nações.

A comissão segue usando como exemplo a nação norte-americana, inclusive culpabilizando-a, para demonstrar a ineficácia da política proibicionista. Neste sentido, como nos afirma Fiore (2012, p. 9), “o proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente”. Portanto, a crítica ao movimento de guerra às drogas e o ideário de uma sociedade sem drogas constituem-se como questões estruturais na análise das políticas de drogas, particularmente pelo aumento do índice de encarceramento (Borges, 2019), pelos marcadores e indicadores de violências e pelas violações de direitos humanos (Cerqueira, 2023), além de incentivar a corrupção nos meios políticos e dos agentes de segurança pública. Além do mais, é desproporcional, em valores, o quanto os EUA utilizam seus recursos econômicos para combater o tráfico, como a promoção de guerras – recursos que poderiam ser destinados à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos consumidores de drogas.

O documento elenca a participação da sociedade civil e da opinião pública como meio e fim para o estabelecimento de novas políticas em torno do uso de drogas. Para tanto, afirma ser necessário que estas se baseiem em estudos científicos e não em princípios ideológicos a favor de parte dos segmentos mais conservadores. Segundo a comissão, a orientação proibicionista de combater “as drogas pela proibição, repressão, sanção e punição só não resolve o problema, como gera outros novos e mais graves” (Comissão Latino-Americana..., 2009, p. 38).

Analisando o narcotráfico, a violência e a corrupção desencadeados pelas iniciativas proibicionistas, a comissão elencou as principais consequências da guerra às drogas nos países latino-americanos nas últimas décadas, sendo estas: 1) o desenvolvimento de poderes paralelos nos espaços de fragilidade dos Estados nacionais; 2) a criminalização dos conflitos políticos; 3) a corrupção da vida pública; 3) a alienação da juventude pobre; e 4) o deslocamento de povos camponeses e o estigma sobre culturas tradicionais.

Não obstante, os responsáveis pelo documento evidenciam a relação intrínseca entre homicídios, armas de fogo e o comércio de drogas. Segundo a comissão, no Brasil, “o tráfico de armas e drogas passou a dominar a dinâmica criminal nas regiões metropolitanas, e atinge o conjunto da sociedade e suas instituições” (Comissão Latino-Americana..., 2009, p. 26).

Mas cabe registrar, portanto, que, por consequência, os territórios marginalizados, periféricos e segregados em que vive a população pobre, negra e em condições precárias e vulnerabilizadas na vida social são, constantemente, controlados pelos traficantes. Configura-se, então, um poder paralelo e parte da renda obtida pelo comércio ilícito é revertida na manutenção da corrupção, envolvendo setores públicos, autoridades policiais e o sistema de segurança pública (Ferreira; Marcial, 2015).

O proibicionismo e sua guerra às drogas estruturam-se, portanto, como projeto colonialista, higienista, racista, genocida e de morte que se configura como política de racismo do Estado brasileiro para com a maioria da classe trabalhadora, a população negra e seus territórios racializados (Ferrugem, 2019; Paula, 2022). A cada momento histórico, estas políticas são atualizadas e impostas sob a ordem do capital, ainda mais em contexto neoliberal, com sua lógica e estrutura históricas e contemporâneas de manutenção das desigualdades sociais.

## O proibicionismo como eixo estruturante da política pública sobre drogas no Brasil

A política de drogas no Brasil se relaciona à lógica proibicionista desde os seus primórdios, por meio de legislações por parte do Estado brasileiro, como foi o caso em 1921, com relação ao Decreto nº 14.969 (Brasil, 1921a), que estabelecia o tratamento compulsório para os sujeitos em uso prejudicial de drogas. Também foi o caso do Decreto nº 4.294, de mesmo ano, que instituía pena de prisão pela venda de ópio, morfina, heroína e cocaína, permitido apenas para o uso medicinal (Brasil, 1921b). Esses decretos foram estabelecidos no período pós-Primeira Guerra Mundial, o que evidencia certa relação histórica com esse acontecimento e, também, com o processo de industrialização que marcou o avanço do capitalismo no país (Tomaz, 2023).

Na década de 1930, com o governo provisório de Getúlio Vargas, tem-se a gradual transição da liberação para a regulamentação do uso das drogas. Em 1940, o proibicionismo ganha mais força no Brasil e, dessa forma, a punição se fortalece e os sujeitos vão se tornando de criminosos a doentes. Entre os anos de 1961 e 1964, com o golpe militar, aconteceram mudanças significativas. A presença da censura, os tribunais de exceção e a supressão de direitos humanos e individuais marcaram esse período.

Na década de 1970, a partir da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, em 1977, as drogas passaram a constituir o rol de substâncias proibidas. A convenção supostamente mostrava-se preocupada com a saúde e bem-estar da humanidade, decididos a prevenir e combater o uso indevido e o tráfico de drogas, demonstrando que, contra o uso indevido, havia a necessidade de uma união de esforços internacionais. Assim, o proibicionismo ganha novo e importante impulso.

No que se refere ao conteúdo da legislação brasileira sobre drogas, mudanças significativas acontecem a partir dos anos 2000. Por mais que a política de drogas e o Estado brasileiro sejam alinhados ainda ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política, ainda que persistam as contradições imanentes de uma estrutura político-organizacional militarizada para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas (Duarte, 2015).

No campo da saúde mental, a temática do álcool e outras drogas deu-se de forma retardada, somente no ano de 2002, através da Portaria GM/MS nº 336 (Brasil, 2002). Emergem os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad), com a redução de danos, a promoção da autonomia dos usuários e o cuidado em liberdade, como direção ético-política no novo modelo de cuidado (Brasil, 2003), a atenção psicossocial.

Dessa forma, o movimento iria na contramão das ações proibicionistas, impresso no modelo moral em relação aos usuários e seus usos de drogas, inverso à sua criminalização frente ao encarceramento dos “imorais”. Deve-se ter em vista que a “guerra às drogas”, de fato, não se refere a uma guerra contra as substâncias, mas às pessoas que se encontram em situação de pobreza, periféricas e negras.

Em 2010, uma onda conservadora se construiu nacionalmente em torno da midiática epidemia do *crack*, em defesa da internação forçada (Duarte, 2015) e da repressão como estratégia de cuidado (Duarte, 2016). Emerge, portanto, como resposta do Estado brasileiro, o Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, no governo Lula da Silva, e alterado em 2011, no governo Dilma Rousseff, para “Crack, é possível vencer” (Duarte *et al.*, 2023), com o objetivo de enfrentar o tráfico, as organizações criminosas e mapear atividades de prevenção.

Fato é que com essa ofensiva conservadora no interior mesmo do aparelho de Estado há uma nova configuração para a política de saúde mental, álcool e outras drogas, com

o retorno da defesa do isolamento como tratamento, da disciplina e da religião como cura, fortalecendo as comunidades terapêuticas (CTs) como o novo sujeito do cuidado, que combina saberes técnico-científicos e práticas espirituais. Esta política de retrocesso é marcada na gestão do governo de Michel Temer, contribuindo com o desfinanciamento para a Rede de Atenção Psicossocial, em particular, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e com o aumento de investimento nas CTs e nos hospitais psiquiátricos tradicionais (Caputo *et al.*, 2020).

Diante disso, observam-se, cada vez mais, os traços neoliberais do Estado brasileiro, que aponta para o aumento da medicalização, da medicamentação e do corporativismo médico, respondendo à crise com internação (Duarte, 2018). Soma-se a isto a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (Brasil, 2016), que limita por 20 anos os gastos públicos. Portanto, além do subfinanciamento, opera-se, assim, com o corte de verbas, especialmente para a área da saúde.

É neste contexto de acirramento do conservadorismo e da contrarreforma do Estado que emerge o desmonte completo do setor, no governo de Jair Bolsonaro, quando surge a Lei nº 13.840 (Brasil, 2019). Essa lei altera as demais legislações relacionadas à garantia de cuidado antimanicomial, através da autorização de internações compulsórias e acolhimento nas CTs na lógica do enclausuramento. Assim, lucra-se com a loucura e as drogas, reforçando as internações generalizadas, produzidas pelo pânico moral que estas questões propiciam, respaldadas pelo higienismo social, pelo moralismo conservador e pelas violações de direitos.

No contexto da pandemia da Covid-19, de 2020 a 2022, somado às crises sanitária e política, surge, todavia, um conjunto de legislações que submete muitos sujeitos que fazem uso prejudicial de drogas, entre crianças e adultos, assim como entre pessoas em situação de rua e imigrantes, às internações isoladas em CTs (Tomaz, 2020). Ressalta-se que tais normativas foram orquestradas pelo então gestor da antiga Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), do Ministério da Cidadania da gestão bolsonarista, o psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior. Assim, desde então, os acolhimentos em CTs não foram interrompidos, dado o aumento do número de vagas e de financiamento. Isto só foi possível, no entanto, porque antes, na gestão de Michel Temer, o mesmo Quirino Cordeiro Junior foi coordenador nacional da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, e instituiu a cisão entre as políticas públicas como duas pastas diferentes, tornadas públicas também ao emitir a imoral nota técnica que evidenciou a contrarreforma psiquiátrica e a lógica manicomial, punitivista e proibicionista relacionada a estes temas durante a gestão bolsonarista. Contudo, é bom registrar que o tal órgão de proteção às CTs se mantém, com outra lógica e com outro nome, na atual gestão Lula, do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

## Limites do cuidado às pessoas com transtorno mental e os usos de drogas: questões para a Rede de Atenção Psicossocial

O modelo de atenção psicossocial, que tem como pilar o cuidado em liberdade para o campo da saúde mental e drogas, é influenciado por fatores de ordem histórico-cultural, social e político-econômica, que incidem na materialização da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil. Afirmamos, portanto, que este campo tem atravessamentos de amplos aspectos que incidem na organização, qualidade e efetividade dos serviços prestados cotidianamente à população usuária da rede pública de saúde.

Ao longo deste artigo, foi possível demonstrar que o proibicionismo marca a história da atenção às/aos usuárias/os de drogas neste país, em concomitância com o fenômeno já estabelecido de exclusão-violência na atenção aos ditos “loucos” de outrora. Tal percurso histórico tem repercussões nas relações sociais estabelecidas, atualmente, entre profissionais e usuários nos serviços de atenção psicossocial de base territorial, bem como no desenvolvimento das relações de vida no próprio território.

Assim, as relações cotidianas vivenciadas pelas pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e com sofrimentos mentais são perpassadas pelas violências simbólica e psicológica do afastamento do convívio social; pelo higienismo promovido pelo Estado; pelo posicionamento por vezes moralista das próprias equipes de saúde ao lidar com esse público; e, ainda, pela violência física e letal promovida tanto pela polícia quanto pelas organizações criminosas que, contraditoriamente ou não, muitas vezes se mostram conservadoras e intolerantes com esses sujeitos. Deste modo, um dos desafios a serem enfrentados nos serviços públicos da atenção psicossocial é a própria violência e o consequente risco à vida de usuárias/os e profissionais, uma vez que esta vem se tornando um dos elementos característicos das relações sociais no território (Silva, 2021).

Esses sujeitos recorrentemente têm suas vidas impactadas pelos diversos tipos de violência, mas também pela dificuldade de acesso aos serviços públicos, seja na área da Saúde ou nas demais políticas públicas. Tal dificuldade decorre das barreiras de acesso (re)criadas cotidianamente na relação profissional-usuária/o, que têm, como núcleo de sustentação, os preconceitos que ao longo de muitos anos alicerçaram uma lógica de funcionamento institucional moralista, excludente e estruturalmente racista (Silva, 2021).

Cohn *et al.* (2017) explicam que a dificuldade de acesso aos serviços imposta aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acontece por causa de problemas de infraestrutura nos dispositivos, mas também por questões relacionadas à resistência que os profissionais têm no atendimento ao público. Essa resistência em receber e atender as/os usuárias/os que fazem uso prejudicial de drogas nos serviços públicos tem sido uma das principais barreiras para a construção do cuidado na perspectiva da saúde integral e em rede.

A maioria das/os profissionais que constroem o cuidado em saúde destinado a estes sujeitos deparam-se também com barreiras de acesso instituídas tanto pelo caráter moralista do proibicionismo às drogas, quanto pela (re)manicomialização da loucura (Guimarães; Rosa, 2019). É neste sentido, portanto, que se faz necessário analisar as nuances que o moralismo histórico-cultural brasileiro comporta, pois as/os profissionais de fora do campo da atenção psicossocial têm muitas dificuldades, embasadas em preconceitos, no trato com as pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes; todavia, a dita “loucura é aparentemente mais aceitável que o uso de drogas, sejam elas ilícitas ou não” (Silva, 2021, p. 86).

Neste contexto, cabe registrar que as pessoas com sofrimentos mentais graves que fazem uso(s) de drogas sofrem uma dupla estigmatização social, que se apresenta como um dos entraves que as/os profissionais do campo da atenção psicossocial têm com os demais campos de políticas públicas diante da necessidade de forjar redes intersetoriais.

No que tange aos múltiplos estigmas sociais em torno desse público, identifica-se que grandes fontes disseminadoras de tais ideais, na última década, são os grupos político-partidários (neo)conservadores, os quais têm conseguido ocupar o aparelho estatal e reforçar publicamente pressuposições desumanizadoras que encontram eco na população, de modo geral, e entre diversos profissionais que compõem as redes intra e intersetorial.

O discurso manicomial e proibicionista, vindo de grande parte dos agentes públicos do Estado, repercutiu não somente no senso comum, como promoveu, outrossim, o reposicionamento da política nacional de drogas e da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Evidencia-se a partir disso, por conseguinte, a reafirmação da necessidade de eliminação dos diversos usos de drogas; o amplo incentivo à “guerra às drogas” por parte do Estado; o “tratamento” aos usuários através do isolamento social em CTs; e o não reconhecimento social de que o uso de drogas é uma problemática de saúde pública global.

Esse discurso, carregado de moralismo, localiza tanto nas pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, quanto nas de sofrimentos mentais graves, a periculosidade. Não surpreendentemente, isto atravessa negativamente o cuidado em saúde nos Caps, se tornando mais um desafio posto às/aos profissionais da área. Isto porque os próprios sujeitos-alvo do cuidado em saúde se apropriam desses discursos e se conectam com as ideias (neo)conservadoras que os subjugam e os (re)direcionam para o lugar da exclusão e do não merecimento da assistência pública, o que impõe às/aos profissionais o trabalho de desconstrução dessas ideias e reconhecimento da legitimidade desse cuidado (Silva, 2021).

A construção do cuidado em saúde mental e drogas com esse público tem como desafio anterior aos demais desafios fazer com que os próprios usuários dos serviços percebam que as violências físicas e simbólicas pelas quais passam

não são legítimas, incluindo as internações forçadas (DUARTE, 2015), na medida em que eles não são menos detentores de direitos que a população que não tem transtornos mentais graves e persistentes ou que não fazem uso prejudicial de drogas e, ainda, tentar desconstruir a ideia comum de que os usos de drogas não são uma questão de saúde pública. (Silva, 2021, p. 88).

Outra questão posta para o enfrentamento no campo da atenção psicossocial é a dificuldade na efetivação do cuidado em rede, tanto intra quanto intersetorial, uma vez que essa construção cotidiana também se depara com o moralismo característico da história do nosso país, o que pode contribuir para pôr em xeque os direitos sociais garantidos constitucionalmente (Brasil, 1988) desde o final da década de 1980.

Sobre esta questão, Bermudez e Siqueira-Batista (2017) esclarecem que o conceito de redes não se restringe a um conjunto de normas, decretos e legislações sobre um determinado quantitativo de serviços e sua respectiva organização administrativa. Redes dizem respeito também às pessoas, conexões, relações e profissionais, portanto, é necessário mais do que o conjunto anterior para que se constitua uma rede que torne possível o cuidado integral e intersetorial, ultrapassando os limites do próprio campo da atenção psicossocial.

É imprescindível, portanto, compreender redes como redes de pessoas, abertas a interconexões, livres de hierarquizações organizacionais, primordialmente horizontalizadas entre os sujeitos (Duarte, 2017), dialógicas e flexíveis. A partir desse entendimento é possível analisar tanto os entraves encontrados no trabalho com diferentes profissionais, nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, quanto a sua potência em promover o cuidado integral em saúde.

Tais redes, por vezes, se constroem a partir da necessidade do trabalho intersetorial e não estão isentas de resistência(s) e barreiras no acesso, evocando, assim, a reflexão acerca da incoerência entre o discurso hegemônico favorável ao trabalho em rede intersetorial e a dificuldade concreta que as/os profissionais do campo da atenção psicossocial encontram em efetivar o trabalho de modo coletivo.

Assim, considera-se que a intersetorialidade é indispensável como resposta às necessidades sociais e de saúde dos sujeitos (Senna; Garcia, 2014), principalmente aqueles que usufruem da rede de serviços da atenção psicossocial. Além disso, o trabalho intersetorial só acontece a partir da constatação da imprescindível articulação entre as/os profissionais. Evidencia-se, portanto, o desafio de tornar (a si próprios e aos outros) profissionais mais abertos às práticas fluidas e dispostas à construção de redes mais acessíveis, dotadas de inúmeras possibilidades de conexões (Duarte, 2017).

Por fim, cabe iniciarmos uma reflexão acerca da redução de danos e riscos sociais e da saúde como uma lógica ampliada de cuidado no campo de atenção psicossocial, mas que por muitos anos foi entendida como um conjunto de ações direcionadas, primordial-

mente, às/aos usuárias/os de drogas injetáveis. O objetivo principal era a diminuição da transmissão do vírus HIV, através da distribuição de seringas e preservativos, durante a década de 1980.

Após este período, as ações de redução de danos foram sendo transformadas e não tinham mais esse público-alvo, pois o número de pessoas contaminadas em decorrência do uso de drogas diminuiu consideravelmente. O grupo que se tornou foco, desde então, passou a ser o das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e a ideia norteadora das ações era a da substituição de uma droga considerada “pesada” por outra considerada “leve”.

As mudanças ocorridas nessas ações possibilitaram a criação de uma lógica ampliada de cuidado em saúde que, atualmente, não se restringe a métodos que compreendem redução de danos estritamente como substituição de uma droga por outra ou distribuição de seringas e preservativos. Na atualidade, parte do campo da atenção psicossocial vem tratando da redução de danos como um *ethos* de cuidado, que vem sendo dirigido ao público que faz uso prejudicial de drogas. Porém, tem como enfoque proporcionar suporte psicossocial ao sujeito, ainda que não lhe seja possível reduzir o uso (Silva, 2021).

Faz-se necessário, contudo, refletir sobre a imprescindível ultrapassagem da interpretação sobre a redução de danos como prática específica de profissionais que trabalham exclusivamente com o público AD (álcool e outras drogas), ampliando-a para todo o campo da atenção psicossocial e compreendendo como uma lógica de cuidado em saúde, que aposta nos vínculos sociais, nas possibilidades de cada sujeito, cotidianamente, a partir da sua singularidade e respeitando suas escolhas, em detrimento da centralidade das substâncias ou mesmo do diagnóstico.

## Considerações finais

A história do proibicionismo no Brasil e no mundo permeia, de fato, as relações de poder, de dominação, de exploração e de opressão. É, contudo, uma lógica racista, punitivista e de morte, que estrutura a vida social e política organizada pelas gestões do Estado, no caso, o Brasil. Está presente na cultura, nas formas de pensar, nas instituições de saúde, assistência social, educação e, nitidamente, na segurança pública, com seus agentes e com a perpetuação das violências daí decorrentes da guerra às drogas, que tem como foco o corpo negro, pobre, favelado e periférico, particularmente, jovem, com barreiras nos postos formais de trabalho, na educação e em tantas outras políticas públicas.

Cerqueira (2023) em pesquisa recente, tomando o fenômeno da proibição das drogas e da violência policial, buscou quantificar esta questão com alguns indicadores econômicos e de saúde pública. O relatório mostra que os homicídios afetam o consumo e a

geração de renda não apenas das vítimas, mas de toda a sociedade. O autor analisou o número de homicídios atribuídos ao proibicionismo das drogas (HAPD), em 2017, coletando dados particularmente de órgãos públicos da Segurança Pública, tanto dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, quanto das cidades de Belo Horizonte (MG) e Maceió (AL).

O documento aponta que as mortes violentas intencionais, decorrentes da guerra às drogas no Brasil, representam 34,3% dos óbitos associados ao proibicionismo das drogas. Isto contribui, portanto, para a redução da expectativa de vida em 4,2 meses por pessoa ao nascer. Tal conclusão reforça, ao nosso ver, que mais uma vez a repressão e a violência, como estratégias de enfrentamento às drogas, devem ser abandonadas e substituídas por outros tipos de ações, particularmente por políticas de redução de danos, por educação em direitos humanos, pela saúde e pelo cuidado integral, territorial e de atenção psicossocial, bem como pela regulação do mercado e legalização das drogas.

É neste contexto que emergem as críticas e as conclusões de nossas pesquisas acadêmicas, que pudemos tratar de forma sintética neste artigo. Contudo, cabe ressaltar que ainda enfrentamos as tensões paradigmáticas, como bem afirmaram Teixeira *et al.* (2017), sobre o enfrentamento do modelo proibicionista e manicomial *versus* o antiproibicionista e psicossocial. Assim, estas disputas são travadas e as resistências dos polos são sentidas, tanto no campo público, quanto no campo político, que estruturam as políticas públicas sobre drogas. Mas fato é que temos muito o que romper e inventar no cuidado em liberdade, principalmente quando da estratégia de redução de danos como uma ética do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial na clínica de álcool e outras drogas ou que estão em sofrimento mental, frente aos imperativos da abstinência e da moral que persistem como lógica e modelo assistencial, mesmo em divergência na atenção psicossocial que foca na autonomia e na cidadania.

**Contribuições dos/as autores/as:** Marco José de Oliveira Duarte: Trabalhou na concepção e delineamento do artigo, na orientação da pesquisa bibliográfica e documental, na análise dos dados, na redação do artigo, na sua revisão crítica e, por fim, aprovação da versão a ser publicada. Dayana Barbosa Furtado, Marcileia Tomaz e Thays Ribeiro da Silva: Trabalharam na concepção e delineamento do artigo, na pesquisa bibliográfica e documental, na análise dos dados e na redação do artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, 2017.

BORGES, J. *Encarceramento em massa*. São Paulo: Pólen, 2019.

BRASIL. Decreto n.º. 14.969, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 nov. 1921a. Seção 1, Página 17222

BRASIL. Decreto n.º. 4.294, de 6 de junho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1921b. Seção 1, Página 13471

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 336, 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília (DF), 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília (DF), 6 jun. 2019.

CAPUTO, L. R. *et al.* A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, maio/ago. 2020.

CARNEIRO, H. *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CERQUEIRA, D. R. de C. *Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil*. Brasília: Ipea, 2023.

COHN, A. *et al.* *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 2017.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA sobre drogas e democracia. *Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma*. 2009. Disponível em: [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy\\_book\\_PT.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy_book_PT.pdf). Acesso em: 31 jul. 2023.

DUARTE, M. J. O. Da lógica manicomial a Rede de Atenção Psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L. *et al.* (Org.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EdUFBA, 2015.

DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e território: a garantia de direitos *versus* a repressão como estratégia de cuidado. In: SOUZA, A. C. *et al.* (Org.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016.

DUARTE, M. J. O. Rede, território e produção do cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Org.). *Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, ago.-dez., 2018.

DUARTE, M. J. O. *et al.* Poder punitivo, proibicionismo e comunidades terapêuticas: a política e o cuidado na saúde mental e drogas. In: GOMES, T. M. da S. *et al.* (Org.). *Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas*. Niterói: MC&G, 2023.

ESCOHOTADO, A. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.

FERREIRA, H. R. S.; MARCIAL, E. C. *Violência e segurança pública em 2023: cenários exploratórios e planejamento prospectivo*. Rio de Janeiro: Ipea, 2015.

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

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

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 44, maio/ago. 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 30 jul. 2023.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

PAULA, T. de. *Guerra às drogas e a redução de danos: nas encruzilhadas do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2022.

SENNÁ, M. C. M.; GARCIA, D. V. Políticas sociais e intersetorialidade: elementos para debate. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 32, 2014. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_32\\_SL3\\_Senna\\_Gracia\\_WEB.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_32_SL3_Senna_Gracia_WEB.pdf). Acesso em: 30 jul. 2023.

SILVA, T. R. *Transtorno mental grave e usos de drogas: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial*. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2017.

TOMAZ, M. Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais. *Revista Serviço Social em Debate*, Carangola, v. 3, n. 2, 2020.

TOMAZ, M. *Política integrada de drogas no município de Juiz de Fora/MG – JF+VIDA: uma análise guiada pelas narrativas de sujeitos protagonistas sobre a trajetória de uma política pública, seus avanços e retrocessos*. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

# Drugs, prohibitionism, and the care in liberty: challenges to public policy

*Drogas, proibicionismo e cuidado em liberdade: desafios à política pública*

Marco José de Oliveira Duarte\* 

Dayana Barbosa Furtado\*\* 

Marcilea Tomaz\*\*\* 

Thays Ribeiro da Silva\*\*\*\* 

## ABSTRACT

Many of the limits and challenges in establishing mental health care for people who make harmful use of drugs, also stem from the hegemony of the asylum logic of care and the prohibition of drugs, present in the daily life of the services of the psychosocial care network. In this sense, the article aims to analyze the prohibition of drugs, in Brazil, as a public policy that structures its history for the field of care for drug users, even with resistance and other government policies and initiatives, revealing the barriers to access and care, in the routine of services, by professionals in the public health network. It should also be noted that mental health and drug care aimed at people with mental disorders and those who make harmful use of drugs has still been crossed by economic and political setbacks that bring obvious consequences to the care provided to the user population.

**Keywords:** prohibitionism; drug policy; mental health care.

## RESUMO

Muitos dos limites e desafios em estabelecer o cuidado em saúde mental às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas decorre, ainda, em função da hegemonia da lógica manicomial do cuidado e do proibicionismo das drogas presente no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Neste sentido, o artigo tem por objetivo analisar o proibicionismo das drogas, no Brasil, como política pública que estrutura a história desta para o campo de atenção aos usuários de drogas, mesmo com resistências e outras políticas e iniciativas governamentais, revelando as barreiras sobre acesso e cuidado, no cotidiano dos serviços, por parte de profissionais na rede pública de saúde. Ressalta-se também que o cuidado em saúde mental e drogas dirigido às pessoas com transtornos mentais e às que fazem uso prejudicial de drogas tem sido ainda atravessado por retrocessos de ordem econômica e política que trazem consequências evidentes ao cuidado prestado à população usuária.

**Palavras-Chave:** proibicionismo; políticas de drogas; cuidado em saúde mental.

## Introduction

In recent times we have seen the emergence of intense research that focuses on drugs and their uses and, particularly, on the policy

## ARTICLE

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80188>

\*Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marco.duarte@ufjf.br.

\*\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dayanabf1997@gmail.com.

\*\*\*SRT de Juiz de Fora/GEDAE-PJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: marcileatomaz@gmail.com.

\*\*\*\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: thaysrs23@gmail.com.

How to cite: DUARTE, M. J. O.; FURTADO, D. B.; TOMAZ, M. SILVA, T. R. Drugs, prohibitionism, and the care in liberty: challenges to public policy. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 39-53, jan/apr, 2024. Available in: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80188>

Received on August 26, 2023.

Approved for publication on September 2, 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

and model that organizes attention and care by the Brazilian state for people who make harmful use of drugs. It is public and well-known, therefore, that the criticism focuses on prohibitionism and its main area: the war on drugs as the moralistic, conservative, and racist fallacy of a drug-free society.

Therefore, it is the intention of this article, by articulating four authors and academic researches, to problematize the drug prohibitionist project in Brazil as a public policy that structures its history, focused on the field of psychosocial care for drug users, through public drug policies developed by the Brazilian state. In this way, the mental health and drug care work that professionals from the public health network provide to users of the psychosocial care network is also analyzed, dealing with variables such as barriers to access, care in the daily routine of services, and many other obstacles when dealing with people in mental distress and those who make harmful use of drugs.

These are complex relationships, crossed by issues of morality, conservatism, and religiosity, and by setbacks, but also by encounters, forces, and resistances of care in freedom and in the territory.

## **Drugs and prohibitionism: a brief historical and political overview of the issue**

In the history of modernity, drugs have not always been regulated according to the guidelines of prohibitionism. On the contrary, in the middle of the 19th century, the consumption of opium was restricted to those who wanted to alleviate the pain of the illnesses of the time, in addition to several artists of the time, who consumed it publicly. Regarding this movement, several researches emerged around other substances that later became the heyday of capitalism in mercantile terms (Carneiro, 2018).

Despite this, it was at the beginning of the 20th century that the first legal initiatives took place to make the consumption of certain substances an affront to the guidelines of moral behavior imposed by the ruling class on certain social groups. It is no coincidence that Escobedo (2004), in his international research, indicates the action of associating opium consumption with certain situations, such as child corruption, linked to Chinese immigrants in North America, but also to cocaine, sexual violence practiced by black people, marijuana, Mexican immigration and alcohol, the immoral behavior of Jews and Irish.

Logically, there are political agents together with religious leaders rationally moving a campaign around consumption, as if prophesying the poisoning of poor young white American souls. Consequently, due also to the imperialist expansion of Anglo-Saxon culture, there were the first legal initiatives around prohibition, as were formalized by resolutions in Shanghai (1906) and The Hague (1912). “Defended, sponsored, and hosted by

the USA, already under the coordination of the UN, the Single Convention on Narcotic Drugs, from 1961, globally implemented the prohibitionist paradigm in its current format” (Fiore, 2012, p. 9). Thus, the signatory countries of such resolutions agreed to the war on drugs, in a logic of criminalization, punishment, and death for those who produced, sold, and consumed such substances.

We can consider that prohibitionist fervor inaugurated the history of drug criminalization, leaving no room for moderation. Thus, the excess of prohibition built the marks of the need for abstinence, aiming for a world without such substances, where continuous sobriety was compared to moral sense.

In the legal field, some legislation, surrounding the illegality of certain substances, such as opium, morphine, and cocaine, was discussed with fervor by prohibitionist apologists, especially in the mid-1950s, given the increase in consumption by the population, which was seen as disturbing by more conservative groups.

Changes in the flow of capital ordering, including the process of transition from Fordism to flexible accumulation, create transformations even beyond material production. Harvey (1992) highlights the compression of time and space substantially affecting the way of life in postmodern times.

The premise that we live in a period of constant alternation triggers a paradoxical reality. In the same time and space, we question norms, ideas, ideologies, products, production techniques, and forms of social organization that provoke a “temporality in the structure of public and personal value systems that provides context for the breakdown of consensus and the diversification of values in a society on the verge of fragmentation” (Harvey, 1992, p. 259). However, the same movement based on ephemerality consequently brings the need to produce some type of eternal truth that can reside within it. For this countermovement, Harvey (1992) highlights the attachment to religious precepts and political authority, “with all their trappings of nationalism, localism, and admiration for charismatic and protean individuals with their will to power” (Harvey, 1992, p. 263). This action can, given the circumstances, at best, condense conservative organizations, and, at worst, drive reactionary demands.

The paradox of postmodernity is of incalculable size, while individualization and the need to belong to a space shape cultural and political thought in these times. In any case, a blind nationalism seems to emerge in the face of barbarities in the changing world.

This could not be different when it comes to the resolutions stripped by prohibitionism. As a result, we have segments from different professional categories questioning the treatment of those who make harmful use of drugs. However, as Escotado (2004, p. 133) ironically explained, a *therapist* initiative that treats these individuals in a way “similar to those suffering from ulcers or pneumonia” has been expanded and, not sur-

prisingly, there are reactions against this initiative. As pointed out by jurist Edwin Schur (1965 *apud* Escohotado, 2004, p. 133), “using certain drugs was just one among many other crimes without *corpus delicti*, such as homosexuality, pacifism, prostitution, euthanasia, and gambling in unauthorized places.”

In the field of drug policies, there is a new order reaffirming the prohibitionist pact in the fight against substances and their users. The war on drugs discourse promoted by American President Richard Nixon (1969-1974), when he chose illicit substances as the country’s number one enemy, thus reverberates in a new wave of violence against people who consume them, as it also reaffirms the bad influence of Latin American countries in the midst of the purely clean nation.

Despite this, the erosion of the myth behind the American dream echoed multiple voices regarding the arbitrary conduct of the state, such as the ferocity of the capitalist mode of production and, also, the exacerbated violence against other nations, the result of expensive wars with no apparent justifiable reason.

It is in this scenario, therefore, that the counterculture movement emerges, signaled by Harvey (1992) as dissatisfaction with the way the modern era unfolds after 1945. Art and culture begin to respond to the hegemony of the dominant class and the rationality that constrains individuals. Thus, the very elements that structure social relations in the face of US imperialism create the political and ideological weapons for its criticism.

The prohibitionist movement, according to Escohotado (2004), presents fragments since its genesis and permanence, resulting in various resistances and criticisms. Thus, there are moderates, rejecting the distinction between pharmaceutical drugs and narcotic drugs, believing that the problem with drugs lies with individuals and not with substances. Radicals also emerged, which built criticism around the definition of drug addiction and pointed to the processes of stigmatization. For this group, the main points are the intervention of the state in the private lives of individuals and the ineffectiveness of controlling certain substances, which is of no use in reducing consumption.

The changes orchestrated in the 1970s and 1980s configured new patterns in various sectors of production and social reproduction. The so-called flexible accumulation disdained Fordist rigidity, widely spreading the need for new sectors of production, “new ways of providing financial services, new markets, and above all highly intensified rates of technological and organizational commercial innovation” (Harvey, 1995, p. 140).

In a report by the Latin American Commission on Drugs and Democracy<sup>1</sup> (2009) titled *Drugs and democracy: towards a paradigm shift*, the public debate on the main con-

---

1 Commission formed by former presidents such as Colombia’s César Gaviria (1990-1994), Mexico’s Ernesto Zedillo (1994-2000) and Brazil’s Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) and integrated by seventeen more independent personalities.

clusions of the aforementioned commission is presented when evaluating the impact of the “war on drugs” policies, as well as recommendations for more efficient, safe, and humane strategies. Such proposals constitute a profound paradigm shift in understanding and confronting the real and partisan scenario of prohibitionist practices that structure the drug problem in Latin America.

By emphasizing that current drug policy is permeated with prejudices, fears, and ideological views, the authors start with the premise that, to at least recover the historical account of a century of prohibitionism, its failure must be recognized.

The strategy fundamentally centered on repression failed in Latin America. The desire for a drug-free world does not constitute a realistic horizon and, therefore, cannot be the basis of public policies, whose objectives must prioritize prevention, treatment, and harm reduction for society as a whole, individuals, families, and institutions. (Comissão Latino-Americana..., 2009, p. 38-39).

The document continues to criticize the current way, based on US initiatives with a strictly prohibitionist nature, highlighting both the need to look at the European Union countries that have adopted measures based on harm reduction, and to hold the US responsible for mobilizing this prohibitionist crusade which does not apply to the diverse political and social realities of other nations.

The commission continues to use the US as an example, even blaming it, to demonstrate the ineffectiveness of the prohibitionist policy. In this sense, as Fiore (2012, p. 9) tells us, “prohibitionism does not exhaust the contemporary phenomenon of drugs, but marks it decisively”. Therefore, criticism of the war on drugs movement and the ideology of a drug-free society constitute structural issues in the analysis of drug policies, particularly due to the increase in the incarceration rate (Borges, 2019), the markers and indicators of violence and human rights violations (Cerqueira, 2023), in addition to encouraging corruption in political circles and public security agents. Furthermore, it is disproportionate, in terms of values, how much the US uses its economic resources to combat trafficking, such as the promotion of wars – resources that could be destined for the health, prevention, treatment, and rehabilitation of drug users.

The document lists the participation of civil society and public opinion as a means and end for establishing new policies around drug use. To this end, he states that it is necessary that these are based on scientific studies and not on ideological principles in favor of some of the more conservative segments. According to the commission, the prohibitionist orientation of combating “drugs through prohibition, repression, sanctions, and punishment not only does not solve the problem, but also generates new and more serious ones” (Comissão Latino-Americana..., 2009, p. 38).

Analyzing drug trafficking, violence and corruption triggered by prohibitionist initiatives, the commission listed the main consequences of the war on drugs in Latin American countries in recent decades, namely: 1) the development of parallel powers in areas of fragility of nation-states; 2) the criminalization of political conflicts; 3) corruption of public life; 3) the alienation of poor youth; and 4) the displacement of peasant people and the stigma surrounding traditional cultures.

Nonetheless, those responsible for the document highlight the intrinsic relationship between homicides, firearms, and the drug trade. According to the commission, in Brazil, “weapon and drug trafficking has come to dominate the criminal dynamics in metropolitan regions, and affects society as a whole and its institutions” (Comissão Latino-Americana..., 2009, p. 26).

However, it is worth noting that, consequently, the marginalized, peripheral, and segregated territories in which the poor, black population lives in precarious conditions and vulnerable in social life are constantly controlled by traffickers. A parallel power is then constituted and part of the income obtained through illicit trade is used to maintain corruption, involving public sectors, police authorities, and the public security system (Ferreira; Marcial, 2015).

Prohibitionism and its war on drugs are structured, therefore, as a colonialist, hygienist, racist, genocidal death project that is configured as a policy of racism by the Brazilian state towards the majority of the working class, the black population and its racialized territories (Ferrugem, 2019; Paula, 2022). At each historical moment, these policies are updated and imposed under the order of capital, even more so in a neoliberal context, with its historical and contemporary logic and structure of maintaining social inequalities.

## Prohibitionism as a structuring axis of public policy on drugs in Brazil

Drug policy in Brazil has been related to the prohibitionist logic since its beginnings, through legislation in Brazil, as was the case in 1921 with Decree No. 14,969, which established compulsory treatment for people using harmful drugs. This was also the case with Decree No. 4,294 from the same year, which established a prison sentence for the sale of opium, morphine, heroin, and cocaine, permitted only for medicinal use. These decrees were established in the post-World War I period, which highlights a certain historical relationship with this event and, also, with the industrialization process that marked the advance of capitalism in the country (Tomaz, 2023).

In the 1930s, with Getúlio Vargas's provisional government, there was a gradual transition from the liberation to the regulation of drug use. In 1940, prohibitionism

gained more strength in Brazil and, in this way, punishment became stronger and people were treated as sick and criminals. Between 1961 and 1964, with the military coup, significant changes took place. The presence of censorship, extraordinary courts, and the suppression of human and individual rights marked this period.

In the 1970s, following the Convention on Psychotropic Substances in 1977, drugs became part of the list of prohibited substances. The convention supposedly showed concern for the health and well-being of humanity, determined to prevent and combat the misuse and trafficking of drugs, showing that there was a need for a union of international efforts against misuse. Thus, prohibitionism gains new and important momentum.

With regard to the content of Brazilian legislation on drugs, significant changes have taken place since the 2000s. Even though drug policy and the Brazilian state are still aligned with the prohibitionist discourse, health care is no longer a kind of appendix of this policy, even though the inherent contradictions of a militarized political-organizational structure for tackling drug-related issues persist (Duarte, 2015).

In the field of mental health, the issue of alcohol and other drugs came about late, only in 2002, through Ordinance GM/MS No. 336 (Brazil, 2002). Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs (CAPSad) emerge, including harm reduction, the promotion of users' autonomy, and care in freedom, as an ethical-political direction in this new model of care (Brazil, 2003), psychosocial care.

In this way, the movement would go against prohibitionist actions that were imprinted on the moral model in relation to users and their drug use, contrary to their criminalization in the face of the incarceration of the “immoral”. It must be borne in mind that the “war on drugs”, in fact, does not refer to a war against substances, but against poor, peripheral, and black people.

In 2010, a conservative wave was built throughout the whole nation around the crack epidemic in the media, in defense of forced hospitalization (Duarte, 2015) and repression as a strategy for care (Duarte, 2016). Therefore, as a response from the Brazilian state, the Comprehensive Plan to Combat Crack and Other Drugs emerges under the Lula da Silva government, and changed in 2011 under the Dilma Rousseff government to “Crack, it is possible to win” (Duarte *et al.*, 2023), with the aim of combating trafficking and criminal organizations, and mapping prevention activities.

The fact is that with this conservative offensive within the state apparatus there is a new configuration for the policy of mental health, alcohol, and other drugs, with the return of the defense of isolation as a treatment, discipline and religion as a cure, strengthening the therapeutic communities (CT) as the new subject of care, which combines technical-scientific knowledge and spiritual practices. This policy of regression is markedly observed in Michel Temer's administration, contributing to the defunding of the psy-

chosocial care network, in particular, the psychosocial care centers (CAPS) and with the increase in investment in CTs and traditional psychiatric hospitals (Caputo *et al.*, 2020).

In view of this, the neoliberal traits of the Brazilian state are increasingly observed, which points to the increase in medicalization, pharmaceuticalization, and medical corporatism, responding to the crisis with hospitalization (Duarte, 2018). Added to this is the approval of Constitutional Amendment No. 95, which limits public spending for 20 years. Therefore, in addition to underfunding, funding is being cut, especially for the health sector.

It is in this context of heightened conservatism and state counter-reform that the complete dismantling of the sector emerges, under Jair Bolsonaro's government, when Law No. 13,840 appears (Brasil, 2019). This law changes other legislation related to guaranteeing anti-asylum care, through the authorization of compulsory hospitalizations and reception in CTs in the logic of enclosure. Thus, people profit from madness and drugs, reinforcing widespread hospitalizations, produced by the moral panic that these issues trigger, supported by social hygiene, conservative moralism, and rights violations.

However, in the context of the COVID-19 pandemic, from 2020 to 2022, in addition to the health and political crises, a set of legislation emerges that subject many individuals who make harmful use of drugs, among children and adults, as well as among people in situations of homelessness and immigrants, to isolated hospitalizations in CTs (Tomaz, 2020). It is noteworthy that such regulations were orchestrated by the then manager of the former National Secretariat for Drug Care and Prevention (Senapred) under the Ministry of Citizenship under the Bolsonaro administration, psychiatrist Quirino Cordeiro Júnior. Since then, receptions in CTs have not been interrupted, given the increase in places and funding. This was only possible because before, under Michel Temer's administration, this psychiatrist was national coordinator of Mental Health, Alcohol and Other Drugs under the Ministry of Health, and instituted the split between public policies as two different portfolios, becoming public also by issuing the immoral technical note that highlighted the psychiatric counter-reform and the asylum, punitive, prohibitionist logic related to these themes during the Bolsonaro administration. However, it is worth noting that this body protecting CTs remains, with a different logic and a different name, under the current Lula administration, under the Ministry of Development and Social Assistance, Family and Fight Against Hunger.

## Limits of care for people with mental disorders and drug use: issues for the psychosocial care network

The psychosocial care model, which has as its pillar care in freedom for the field of mental health and drugs, is influenced by historical-cultural, social, and political-eco-

conomic factors, which influence the application of public mental health policy, alcohol, and other drugs in Brazil. We affirm, therefore, that this field has broad aspects that affect the organization, quality and effectiveness of the services provided daily to the population using the public health network.

Throughout this article, it was possible to demonstrate that prohibitionism marks the history of care for drug users in this country, in conjunction with the already established phenomenon of exclusion-violence in care for the so-called “crazy” people of the past. This historical path has repercussions on the social relationships currently established between professionals and users in territorial-based psychosocial care services, as well as on the development of life relationships in the territory itself.

Thus, the daily relationships experienced by people with mental suffering and who make harmful use of alcohol and other drugs are permeated by the symbolic and psychological violence of withdrawal from social life,; by the social hygienism promoted by the state, by the sometimes moralistic positioning of health staff themselves when dealing with this public, and also by the physical and lethal violence promoted by both the police and criminal organizations that, contradictorily or not, often appear conservative and intolerant towards these people. Thus, one of the challenges to be faced in public psychosocial care services is violence itself and the consequent risk to the lives of users and professionals, as this has become one of the characteristic elements of social relations in the territory (Silva, 2021).

These people repeatedly have their lives impacted by different types of violence, but also by the difficulty in accessing public services, whether in the area of health or other public policies. This difficulty arises from access barriers (re)created daily in the professional-user relationship, which have at their core the prejudices that over many years have underpinned a moralistic, exclusionary, and structurally racist logic of institutional functioning (Silva, 2021).

Cohn (2017) explains that the difficulty in accessing services imposed on users of the Unified Health System (SUS) occurs because of infrastructure problems in the devices, but also because of issues related to the resistance that professionals have when serving the public. This resistance to receiving and assisting users who make harmful use of drugs in public services has been one of the main barriers to the construction of care from the perspective of comprehensive and networked health.

Most professionals who provide health care for these people also face access barriers established both by the moralistic nature of drug prohibition and by the (re)asylumization of madness (Guimarães; Rosa, 2019). It is in this sense, therefore, that it is necessary to analyze the nuances that Brazilian historical-cultural moralism entails, as professionals outside the field of psychosocial care have great difficulty, based on preju-

dices, in dealing with people with serious and persistent mental suffering; however, the so-called “madness is apparently more acceptable than the use of drugs, whether illicit or not” (Silva, 2021, p. 86).

In this context, it is worth noting that people with serious mental suffering who use drugs suffer double social stigmatization, which presents itself as one of the obstacles that professionals in the field of psychosocial care have in relation to other public policy fields, in the face of the need to forge intersectoral networks.

Regarding the multiple social stigmas surrounding this public, it is identified that major sources of dissemination of such ideals, in the last decade, are (neo)conservative political-party groups, which have managed to occupy the state apparatus and publicly reinforce dehumanizing assumptions that resonate with the population in general, and with various professionals who make up intra- and intersectoral networks.

The discourse promoting asylum hospitalization and prohibitionism, coming from a large part of the state’s public agents, not only had an impact on common sense, but also promoted the repositioning of the National Drug Policy and the National Policy on Mental Health, Alcohol, and Other Drugs. Therefore, it is clear from this the reaffirmation of the need to eliminate the various uses of drugs, the broad encouragement of the “war on drugs” by the state, the “treatment” of users through social isolation in CTs, and the lack of social recognition that drug use is a global public health problem.

This moralistic discourse places danger both in people who make harmful use of alcohol and other drugs, as well as in those with serious mental suffering. Not surprisingly, this negatively affects health care in the CAPS, becoming yet another challenge for professionals in the area. This is because the target subjects of health care appropriate these discourses and connect with the (neo)conservative ideas that subjugate them and (re) direct them to the place of being excluded and non-deserving of public assistance, which imposes to professionals the responsibility of deconstructing these ideas and recognizing the legitimacy of this care (Silva, 2021).

The challenge of building mental health and drug care for this population, prior to other challenges, is making service users themselves realize that the physical and symbolic violence they experience is not legitimate, including forced hospitalizations (Duarte, 2015), insofar as they are no less holders of rights than the population that does not have serious and persistent mental disorders or that do not make harmful use of drugs and, furthermore, trying to deconstruct the common idea that drug use is not an issue of public health (Silva, 2021, p. 88).

Another issue to be addressed in the field of psychosocial care is the difficulty in implementing network care, both intra- and intersectoral, since this daily construction is

also faced with the moralism characteristic of our country's history, which can contribute to call into question constitutionally guaranteed social rights (Brazil, 1988) since the end of the 1980s.

On this issue, Bermudez and Siqueira-Batista (2017) clarify that the concept of networks is not restricted to a set of rules, decrees and legislation on a certain number of services and their respective administrative organization. Networks also concern people, connections, relationships, and professionals. Therefore, it is needed more than what was previously present to create a network that makes comprehensive and intersectoral care possible, going beyond the limits of the field of psychosocial care itself.

It is essential, therefore, to understand networks as networks of people, open to interconnections, free from organizational hierarchies, primarily horizontal between subjects (Duarte, 2017), dialogical, and flexible. Based on this understanding, it is possible to analyze both the obstacles encountered in working with different professionals, in the most diverse socio-occupational spaces, and their power in promoting comprehensive health care.

Such networks are sometimes built based on the need for intersectoral work and are not free from resistance(s) and barriers to access, thus evoking reflection on the incoherence between the hegemonic discourse favorable to intersectoral network work and the concrete difficulty that professionals in the field of psychosocial care find in carrying out work collectively.

Thus, it is considered that intersectorality is indispensable as a response to the social and health needs of individuals (Senna; Garcia, 2014), especially those who benefit from the psychosocial care service network. Furthermore, intersectoral work only happens after establishing the essential coordination between professionals. Therefore, the challenge of making professionals (either themselves or others) more open to fluid practices and willing to build more accessible networks, equipped with countless possibilities for connections, is evident (Duarte, 2017).

Finally, it is appropriate that we start reflecting on the reduction of social and health damages and risks as an expanded logic of care in the field of psychosocial care, but which for many years was understood as a set of actions aimed primarily at users of injectable drugs. The main objective was to reduce the transmission of the HIV virus, through the distribution of syringes and condoms, during the 1980s.

After this period, harm reduction actions were transformed and no longer had this target audience, as the number of people infected as a result of drug use decreased considerably. The group that became the focus since then was people who make harmful use of alcohol and other drugs. The guiding idea of the actions was to replace a drug considered "heavy" with another considered "light".

The changes in these actions made it possible to create an expanded logic of health care that, currently, is not restricted to methods that strictly include harm reduction such as replacing one drug with another or distributing syringes and condoms. Currently, part of the field of psychosocial care has been dealing with harm reduction as an ethos of care, which has been aimed at people who make harmful use of drugs. However, it focuses on providing psychosocial support to the subject, even if it is not possible to reduce use (Silva, 2021).

It is necessary, however, to reflect on the essential overcoming of the interpretation of harm reduction as a specific practice of professionals who work exclusively with the AD (alcohol and other drugs) public, expanding it to the entire field of psychosocial care and understanding as a logic of health care, which focuses on social bonds, on the possibilities of each subject, on a daily basis, based on their uniqueness and respecting their choices, to the detriment of the centrality of substances or even diagnosis.

## Final considerations

The history of prohibitionism in Brazil and around the world, in fact, permeates relations of power, domination, exploitation, and oppression. It is, however, a racist, punitive, and deathly logic, which structures social and political life organized by state management, in this case, Brazil. It is present in culture, in ways of thinking, in health institutions, social assistance, education, and clearly in public security, with its agents and with the perpetuation of violence resulting from the war on drugs, which focuses on the bodies of black, poor, slum-dwelling and peripheral people, particularly the young, with barriers in formal jobs, education, and many other public policies.

Cerqueira (2023), in recent research, analyzing the phenomenon of drug prohibition and police violence, sought to quantify this issue with some economic and public health indicators. The report shows that homicides affect consumption and income generation not only for victims, but for society as a whole. The author analyzed the number of homicides attributed to drug prohibitionism (HAPD) in 2017, collecting data particularly from Public Security public bodies, both in the states of São Paulo and Rio de Janeiro, as well as in the cities of Belo Horizonte, Minas Gerais and Maceió, Alagoas.

The document points out that intentional violent deaths, resulting from the war on drugs in Brazil, represent 34.3% of deaths associated with drug prohibition. This therefore contributes to reducing life expectancy by 4.2 months per person at birth. This conclusion reinforces, in our view, that once again repression and violence, as strategies to combat drugs, must be abandoned and replaced by other types of actions, particularly harm reduction policies, human rights education, health care, and comprehensive territorial psychosocial care, as well as market regulation and legalization of drugs.

It is in this context that the criticisms and conclusions of our academic research emerge, which we were able to present synthetically in this article. However, it is worth highlighting that we still face paradigmatic tensions, as per Teixeira *et al.* (2017), about facing the prohibitionist and asylum model versus the anti-prohibitionist and psychosocial model. Thus, these disputes are fought and the resistance of the opposite poles is felt, both in the public and political fields, which structure public policies on drugs. But the fact is that we have a lot to break away from and invent regarding care in freedom, especially when it comes to the harm reduction strategy as an ethics of care in the clinic for people who make harmful use of alcohol and other drugs or who are in mental distress, in the face of the imperatives of abstinence and morality that persist as a logic and model for care, even in divergence of psychosocial care that focuses on autonomy and citizenship.

**Author contributions:** Marco José de Oliveira Duarte: Worked on the conception and design of the article, guiding bibliographic and documentary research, data analysis, writing the article, critical review and, finally, approval of the version to be published. Dayana Barbosa Furtado, Marcilea Tomaz and Thays Ribeiro da Silva: They worked on the conception and design of the article, on bibliographic and documentary research, on data analysis and on writing the article.

**Thanks:** Not applicable.

**Funding agency:** Not applicable.

**Approval by Ethics Committee:** Not applicable.

**Conflict of interests:** Not applicable.

## Referências

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, 2017.

BORGES, J. *Encarceramento em massa*. São Paulo: Pólen, 2019.

BRASIL. Decreto n.º. 14.969, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 nov. 1921a. Seção 1, Página 17222

BRASIL. Decreto n.º. 4.294, de 6 de junho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1921b. Seção 1, Página 13471

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 336, 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília (DF), 19 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 dez.2016.
- BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília (DF), 6 jun. 2019.
- CAPUTO, L. R. *et al.* A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, maio/ago. 2020.
- CARNEIRO, H. *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.
- CERQUEIRA, D. R. de C. *Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil*. Brasília: Ipea, 2023.
- COHN, A. *et al.* *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 2017.
- COMISSÃO LATINO-AMERICANA sobre drogas e democracia. *Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma*. 2009. Disponível em: [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy\\_book\\_PT.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy_book_PT.pdf). Acesso em: 31 jul. 2023.
- DUARTE, M. J. O. Da lógica manicomial a Rede de Atenção Psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L. *et al.* (Org.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EdUFBA, 2015.
- DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e território: a garantia de direitos *versus* a repressão como estratégia de cuidado. In: SOUZA, A. C. *et al.* (Org.). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- DUARTE, M. J. O. Rede, território e produção do cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Org.). *Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
- DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, ago.-dez., 2018.
- DUARTE, M. J. O. *et al.* Poder punitivo, proibicionismo e comunidades terapêuticas: a política e o cuidado na saúde mental e drogas. In: GOMES, T. M. da S. *et al.* (Org.). *Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas*. Niterói: MC&G, 2023.

- ESCOHOTADO, A. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.
- FERREIRA, H. R. S.; MARCIAL, E. C. *Violência e segurança pública em 2023: cenários exploratórios e planejamento prospectivo*. Rio de Janeiro: Ipea, 2015.
- FERRUGEM, D. *Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial*. Belo Horizonte: Letramento, 2019.
- IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 92, mar., 2012.
- GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 44, maio/ago. 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 30 jul. 2023.
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.
- PAULA, T. de. *Guerra às drogas e a redução de danos: nas encruzilhadas do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2022.
- SENNA, M. C. M.; GARCIA, D. V. Políticas sociais e intersetorialidade: elementos para debate. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 32, 2014. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_32\\_SL3\\_Senna\\_Gracia\\_WEB.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_32_SL3_Senna_Gracia_WEB.pdf). Acesso em: 30 jul. 2023.
- SILVA, T. R. *Transtorno mental grave e usos de drogas: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial*. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.
- TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2017.
- TOMAZ, M. Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais. *Revista Serviço Social em Debate*, Carangola, v. 3, n. 2, 2020.
- TOMAZ, M. *Política integrada de drogas no município de Juiz de Fora/MG – JF+VIDA: uma análise guiada pelas narrativas de sujeitos protagonistas sobre a trajetória de uma política pública, seus avanços e retrocessos*. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

# A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais

## *Mental Health and Drugs Policy in Brazil in Ultra-Neoliberal Times*

Rosiane Oliveira da Costa\* 

Alessandra Ximenes da Silva\*\* 

### RESUMO

O presente artigo analisa a Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil nos governos ultraneoliberais de Michel Temer e de Jair Bolsonaro. Destaca as contrarreformas realizadas por esses governos, que representam os interesses imperialistas em nosso país. A partir da teoria social crítica, o estudo realizou a análise documental das legislações pertinentes ao estudo. Destarte, são muitas as contradições e disputas ideológicas existentes no âmbito da Política de Saúde Mental e Drogas, principalmente no contexto de ultraneoliberalismo. As orientações e estratégias adotadas são de cunho neoconservador e proibicionista, que contrariam toda a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira e favorecem os grandes empresários das aglomerações hospitalares, da indústria farmacêutica e de outros setores capitalistas que contribuem com a lógica ultraneoliberal de mercantilização da saúde. Os estudos revelaram a tendência à (re)manicomialização e à apropriação de recursos do fundo público por segmentos privados e neoconservadores.

**Palavras-Chave:** drogas; neoconservadorismo; saúde mental; ultraneoliberalismo.

### ABSTRACT

This article analyzes mental health and drug policy in Brazil during the ultra-neoliberal governments of Michel Temer and Jair Bolsonaro. It highlights the counter-reforms carried out by these governments, which represent imperialist interests in our country. Based on critical social theory, the study carried out a documentary analysis of the legislation relevant to the study. Therefore, there are many contradictions and ideological disputes that exist within the scope of mental health and drug policy, especially in the context of ultra-neoliberalism. The guidelines and strategies adopted are of a neoconservative and prohibitionist nature, which contradict the entire anti-asylum struggle of the Brazilian Psychiatric Reform and favor large businesspeople in hospital agglomerations, the pharmaceutical industry, and other capitalist sectors that contribute to the ultra-neoliberal logic of health commodification. The studies revealed the tendency towards (re)asylumization and the appropriation of public fund resources by private and neoconservative segments.

**Keywords:** drugs; mental health; neoconservatism; ultra-neoliberalism.

## Introdução

O presente artigo objetiva analisar a Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil nos governos ultraneoliberais, com destaque para as

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80190>

\*Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: [rosianeoliveiracosta92@gmail.com](mailto:rosianeoliveiracosta92@gmail.com).

\*\*Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: [alesximenes@servidor.uepb.edu.br](mailto:alesximenes@servidor.uepb.edu.br).

COSTA, R. O. da; SILVA, A. X. da.  
A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 54-67, jan/abr, 2024.  
Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80190>

Recebido em 28 de julho de 2023.

Aprovado para publicação em 20 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

contrarreformas que corroboram para a tendência da (re)manicomialização na contemporaneidade, que se contrapõe aos Movimentos de Luta Antimanicomial e da Reforma psiquiátrica brasileira. Esse contexto apenas foi possível devido à ofensiva ultraneoliberal expressa nos governos de Michel Temer e de Jair Messias Bolsonaro.

O metabolismo destrutivo do capitalismo em crise tem mostrado suas facetas mais perversas; no Brasil, se expressa pelo ascenso do ultraneoliberalismo e do neofascismo dos últimos anos. O ultraneoliberalismo se instaura com o golpe de 2016, e dentre as principais medidas se destacam: o Novo Regime Fiscal – EC nº 95 e 93 (2016); a contrarreforma trabalhista de 2017; a entrega do pré-sal; e a contrarreforma da previdência. Nesse processo há uma intensificação da exploração da força de trabalho; a exploração capitalista dos recursos naturais; um ajuste fiscal ainda mais profundo para que o fundo público possa funcionar como pressuposto geral da reprodução do capital, em mais um profundo ataque aos direitos dos trabalhadores.

Foi justamente no contexto do ultraneoliberalismo, materializado no governo ilegítimo de Michel Temer (2016-2018), que se presenciou o neoconservadorismo como forma ideológica dominante da ordem capitalista (Barroco, 2015). O governo de Temer representou os setores mais reacionários e conservadores da sociedade brasileira, aliado à burguesia. Trata-se de um “projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (Bravo; Pelaez; Piniheiro, 2018, p. 12).

Entre as ações governamentais realizadas no âmbito da saúde mental, a contrarreforma na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) se configurou como a maior ofensiva desde o movimento da Reforma Psiquiátrica, visto que apresenta a tendência à (re)manicomialização dos sujeitos. Isso porque a Resolução nº 32/2017 e a Resolução nº 01/2018 colocaram novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos e na ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas no rol dos serviços da Raps para as [pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas].

A Resolução nº 32 foi aprovada no final do ano de 2017, pelo gestor público federal responsável pela área, Dr. Quirino Cordeiro Júnior, em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em Brasília, sem que houvesse nenhum debate com participação da sociedade. Logo, observamos que, em um espaço onde deveria acontecer diálogo, há, na verdade, uma forte “democracia” blindada por interesses da classe dominante (Demier, 2017).

Aumentam-se as tensões da afirmação do direito à saúde em nosso país. O ultraneoliberalismo possibilita um retorno à (re)manicomialização ao ampliar o neoconservadorismo presente na Política de Saúde Mental e outras Drogas. Há um aprofundamento da perspectiva mercadológica da saúde e da ideologia proibicionista.

A compreensão ontológica da ideologia proibicionista perpassa a discussão de que o surgimento e a disseminação de ideologias se manifestam como a marca registrada geral das sociedades de classes (Lukács, 2013, p. 340). Tem uma função social de realizar uma constituição de imagem de mundo e de interesses que possam ser incorporados universalmente e tidos como verdadeiros, os quais direcionam o pensamento e o comportamento dos sujeitos (Brites, 2017).

Como exemplo de ideologia, existe o proibicionismo às drogas, que tem suas raízes na fase de constituição de um mercado mundial no capitalismo monopolista, a finais do século XIX, elaborando o que seria a direção hegemônica no trato internacional sobre alguns psicoativos durante o próximo século até a nossa atualidade, como destaca Brites (2017).

Após este sucinto preâmbulo, a intenção das autoras deste trabalho consiste em refletir sobre a temática à luz da teoria crítica, utilizando a análise documental da *Resolução nº 32/2017* do Ministério da Saúde; da *Resolução nº 01/2018*, do Conselho Nacional sobre Drogas (Conad); do *Decreto nº 9.761/2019* (Brasil, 2019a), que aprova a Política Nacional sobre Drogas (PNAD); da *Lei nº 13.840* (“Nova Lei de Drogas”), endossada pelo Ministério da Justiça (Brasil, 2019b); e, por último, da *Lei nº 13.886/2019* (Brasil, 2019c), que promoveu importantes alterações na lei do Funad – destacando-se o conservadorismo e as disputas ideológicas existentes nessas normativas.

Para tanto, o presente trabalho encontra-se estruturado em tópicos: 1. *O retorno dos hospitais psiquiátricos e a inclusão das Comunidades Terapêuticas na Raps: a remanicomianização no campo da saúde mental*. Destacamos aqui a inserção dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) como grande retrocesso na saúde mental, uma vez que essas instituições são violadoras dos direitos humanos e contribuem com a lógica ultraneoliberal de desresponsabilizar o Estado para a execução da política de saúde, financiando os grandes aglomerados hospitalares, indústria farmacêutica e outros setores capitalistas. 2. *O financiamento da política sobre drogas no Brasil: o fortalecimento do proibicionismo e das Comunidades Terapêuticas*. Discutimos nesse tópico como essa lógica é funcional ao capitalismo, uma vez que contribui para a exclusão e atuação em determinados segmentos sociais, com o extermínio e encarceramento daqueles que estão à margem da sociedade. 3. *A lógica da promoção da abstinência, em oposição à estratégia de redução de danos: o reforço ao modelo manicomial e às internações involuntárias*. Destacamos a redução de danos como ação que condiz com a Luta Antimanicomial, a qual considera as singularidades e particularidades de cada indivíduo. As internações involuntárias e as Comunidades Terapêuticas se caracterizam como falsa promessa, pois aparentemente trazem soluções imediatas, mas que a longo prazo não se sustentam e retrocedem em conquistas. Contribuem para o mercado das aglomerações hospitalares e os setores capitalistas que investem na “indústria da loucura”.

## O retorno dos hospitais psiquiátricos e a inclusão das Comunidades Terapêuticas na Raps: a remanicomialização no campo da saúde mental

A contrarreforma realizada no âmbito da saúde mental já atende ao processo de (re)manicomialização dos sujeitos, uma vez que a Resolução nº 32/2017 disciplina já em seu artigo 1º que, para fortalecer as diretrizes da Raps, incluirá como dispositivo/componente da rede os hospitais psiquiátricos especializados.

Essa pretensão é ratificada na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS, na qual o Ministério da Saúde afirma que “não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar” (Brasil, 2019d, p. 3-4). Ou seja, o hospital psiquiátrico terá espaço e financiamento garantido dentro da Raps. Isso representa um retrocesso em toda a luta do movimento pela Reforma Psiquiátrica, pois rompe com o processo de superação da lógica manicomial que vinha sendo construído em nosso país e nos leva ao contexto sombrio de 30 anos atrás.

A Raps corresponde à elaboração de uma Rede de Atenção Psicossocial para sujeitos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. O principal dispositivo da Raps para a atenção ao uso abusivo/dependente das substâncias psicoativas é o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (Caps AD), que está articulado com os demais serviços da rede.

Na contramão do fortalecimento dos hospitais psiquiátricos por esses governos ultraneoliberais e neofascistas, no final do ano de 2019, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou um relatório de inspeção nacional nos hospitais psiquiátricos – foram inspecionados 40 hospitais. No documento, ficam explícitas a falta de estrutura para funcionamento dos locais, a insuficiência dos profissionais para atender à demanda dos usuários e, por conseguinte, a violação dos direitos humanos.

A realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos é de cotidiana violação de direitos humanos. Foram identificadas diversas situações que apontam para práticas de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, além de denúncias de estupro, violência de gênero, desrespeito à crença, revista vexatória como método institucional e imposição de religião como método terapêutico (CFP, 2019).

Nesse sentido, o relatório da inspeção nacional vem corroborar ainda mais o anacronismo existente na inclusão dos hospitais psiquiátricos como serviço na Raps. Nos últimos 20 anos, a Política de Saúde Mental brasileira adotou uma proposição antimanicomial, com o desígnio de finalizar um longo e tenebroso histórico de sofrimentos, abusos, violações e violências ocorridos nos hospitais psiquiátricos. Portanto, procurou desconstruir

o modelo manicomial e hospitalocêntrico, redirecionando o financiamento e as políticas para serviços não hospitalares, de caráter comunitário, com tratamento em liberdade e garantia de direitos – os Caps. Caso existisse um quadro grave e a necessidade provisória de internação (não mais definitiva, tal como era antes), o paciente poderia ser internado em leitos psiquiátricos, preferencialmente os leitos especializados em hospital geral, exatamente para evitar o estigma e a iatrogenia do modelo manicomial (Almeida, 2020).

No que diz respeito à Resolução nº 32/2017, observa-se que apresenta algumas contradições, uma vez que em seu artigo 5º veda “[...] qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados” (Brasil, 2017); e no artigo 9º determina a ampliação da “[...] oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas” (Brasil, 2017). Contrária, desse modo, os pressupostos de luta e defesa da Reforma Psiquiátrica e o disposto na Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) e na Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (Brasil, 2011). Em consonância com essas ações na Política de Saúde Mental, oficializam-se as instituições denominadas de Comunidades Terapêuticas como parte integrante dos serviços de saúde.

As Comunidades Terapêuticas, que surgiram em nosso país nos anos 1970, ganharam visibilidade e cresceram em números exponenciais. São consideradas instituições híbridas – *mix* entre instituição de assistência e de saúde, o que, no geral, redundando em participação orçamentária em várias pastas ministeriais e secretarias de diferentes instâncias a nível municipal, estadual e federal (Aragão; Rosa, 2019).

A inserção das Comunidades Terapêuticas nos serviços de saúde contribui com a lógica ultraneoliberal de minimizar as ações do Estado para a classe trabalhadora e maximizar sua função para o capital, uma vez que desresponsabiliza o ente estatal da execução da política e institucionaliza o repasse de recursos de fundo público ao capital privado, ocasionando efeitos em todos os setores da vida social dos sujeitos com problemas relacionados às substâncias psicoativas.

Conforme Aragão e Rosa (2019), ao mesmo tempo em que o Estado traz para si a responsabilidade no estabelecimento de diretrizes, objetivos e custeio do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, abre o precedente para que esse cuidado seja executado por instituições com interesses particulares e objetivos orientados nem sempre para a cidadania ou para o bem público, mas para a lógica de lucro do capital. Em todos os sentidos, os resultados têm uma apropriação privada, até mesmo no plano simbólico, uma vez que podem levar ao sentimento de gratidão pelo recebedor de serviços e à interpretação de seu oferecimento como dádiva, ou seja, uma fetichização do serviço de saúde como caridade.

Assim, a Resolução nº 32, que materializa a contrarreforma da PNSM, trata em seu artigo 11 sobre a inclusão das Comunidades Terapêuticas nos serviços da Raps: “Fortale-

cer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação às Comunidades Terapêuticas” (Brasil, 2017). Esse trecho legal é retrógrado na medida em que essas instituições já foram denunciadas por várias irregularidades. A maioria dessas comunidades está interligada a grupos religiosos com embasamentos morais e conservadores que se harmonizam com o ideário imperialista neoliberal (CFESS, 2017). E muitas delas ainda são financiadas com recursos públicos, não atendendo às diretrizes do SUS.

## O financiamento da política sobre drogas no Brasil: o fortalecimento do proibicionismo e das Comunidades Terapêuticas

A discussão acerca do financiamento da política de saúde tem sido um processo difícil e tenso no contexto da barbárie do tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise, como apontam Carnut e Mendes (2020). Esse debate sobre a política de saúde e seu financiamento deve ser compreendido num contexto de apropriação do Fundo Público pelos interesses privados para redirecionar os recursos que são destinados às políticas sociais para o âmbito econômico.

Em seus estudos sobre os gastos da política de saúde mental, Edineia Oliveira (2017) destaca que o financiamento da saúde mental ganha maior ênfase a partir de 2010. Isso porque, com o aumento do consumo de *crack* a partir de 2008 e a visibilidade dada pela mídia, o tema “drogas” ganhou relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental. A partir da visibilidade dada, é possível monitorar o direcionamento dos recursos destinados ao programa Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde.

Como Oliveira (2017) assevera, é perceptível que houve uma crescente tendência no período de 2007 a 2010, chegando a 2,7% do montante dos recursos destinados à saúde; entretanto, a partir de 2010, a tendência foi decrescente, com queda em 2014, recuperação em 2015 e novamente queda acentuada em 2016 (1,6%). Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento com a EC/95, configurando, nas palavras de Carnut e Mendes (2020, p. 26), “um quadro de aniquilamento, ‘a conta-gotas’ das tentativas de construção de nosso sistema universal”.

Em 2018 e 2019, houve uma perda acumulada de R\$ 9,7 bilhões no financiamento do SUS. A projeção da perda, que será crescente (se crescente for o crescimento da economia), importará em mais ou menos R\$ 200 bilhões em 20 anos (Santos; Funcia, 2019).

Em relação ao financiamento das ações, projetos e programas relacionados à política sobre drogas, houve a Medida Provisória nº 885, convertida na Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019 (Brasil, 2019c), que promoveu importantes alterações na lei do Funad. Entre elas, foi estabelecida a distribuição, por meio de transferência voluntária, de 20%

a 40% dos recursos provenientes da alienação de bens apreendidos em decorrência do tráfico de drogas às polícias estaduais e distrital, responsáveis pela apreensão.

As providências foram tomadas no sentido de aprimorar e ampliar a arrecadação do Funad, para contribuir com a execução de políticas públicas sobre drogas. Destacamos que, por ser um órgão interligado ao Ministério da Justiça, o posicionamento corresponde à lógica do proibicionismo predominante no país.

A Lei nº 13.840/2019<sup>1</sup> (Brasil, 2019b) acrescenta a questão do financiamento das políticas sobre drogas. Em seu artigo 67-A estabelece que “os gestores e entidades que recebam recursos públicos para execução das políticas sobre drogas deverão garantir o acesso às suas instalações, à documentação e a todos os elementos necessários à efetiva fiscalização pelos órgãos competentes”. Nesse aspecto, muitos órgãos têm elaborado relatórios de suas fiscalizações, destacando irregularidades em algumas instituições e a precarização na infraestrutura, funcionamento e nas equipes dos locais, a exemplo das CTs.

Contudo, as CTs foram incluídas oficialmente nos serviços de saúde. Mesmo diante de várias denúncias de recusa aos direitos humanos e uniformização na estratégia de tratamento (abstinência) como imposição ao usuário e único caminho apresentado, essas instituições receberam mais investimentos a partir de 2019. Contraria-se, assim, a luta da Reforma Psiquiátrica brasileira e a proposta da saúde coletiva através da redução de danos como estratégia que visa à integralidade do cuidado ao sujeito.

A Lei nº 7.560/1986 (Brasil, 1986) funcionará com a inclusão do art. 5º-B<sup>2</sup>, que institui que “a SENAD, órgão gestor do Funad, fica autorizada a financiar políticas públicas destinadas às ações e atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas acolhedoras” (Brasil, 2019c). Ou seja, a tendência é o fortalecimento dessas instituições no país, principalmente através das legislações propostas pelo governo ultraneoliberal de Jair Bolsonaro.

Em concordância com a lógica de expansão e fortalecimento das CTs, o Decreto nº 9.761/2019 (“Nova PNAD”) estimula e apoia, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das CTs e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, prevenção e capacitação continuada (Brasil, 2019a).

Entre 2017 e 2020, o Brasil investiu R\$ 560 milhões para financiar vagas de internação nas CTs – desse valor, R\$ 300 milhões saíram dos cofres do governo federal. Foram 593 entidades financiadas no período (Machado, 2022). Em 2020, o número de

---

1 A Lei nº 13.840/2019 alterou a Lei nº 11.343/ 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas, além de ter efetivado outras providências.

2 Incluído pela Lei nº 13.886, de 2019, que promoveu mudanças na lei do Funad.

atendimentos nessas instituições foi recorde, correspondendo a 27 mil atendidos. Ao todo, foram contratadas 602 Comunidades Terapêuticas, financiadas 14.948 vagas, atualmente. O orçamento do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Depad), criado pelo então governo de Lula, é de R\$ 273 milhões para o ano de 2023 (Altino, 2023).

Desse modo, a nova PNAD instituída no governo de Jair Bolsonaro fortaleceu ainda mais as Comunidades Terapêuticas, que continuam a receber investimento público em 2023, contrariando os pressupostas da Reforma Psiquiátrica e toda a Luta Antimanicomial.

## **A lógica da promoção da abstinência em oposição à estratégia de redução de danos: o reforço ao modelo manicomial e às internações involuntárias**

É a partir da adoção do discurso moralista e das práticas neoconservadoras, em um cenário de regressão dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora, que o Congresso brasileiro vem atuando no campo das legislações sobre as drogas. Nesse sentido, é aprovada, sob a ótica capitalista e do governo ultraneoliberal e ilegítimo de Michel Temer, a *Resolução nº 01/2018* do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). Em seu artigo 1º, inciso III, normatiza a “[...] ampliação e reorganização da rede de cuidados, [...] promoção da saúde, *promoção da abstinência*, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes” (Brasil, 2018 – grifo nosso).

Essa defesa na ampliação da rede com vistas à promoção da abstinência reforça a ideologia proibicionista hegemônica e dificulta as ações em torno da saúde coletiva com a estratégia da redução de danos, que, em sua visão mais humanitária e com direcionamento nos direitos humanos, não exclui a possibilidade de que o indivíduo queira ficar abstinente, mas dá para ele outras possibilidades para além da interrupção total do uso de substâncias psicoativas.

Em consonância com as propostas do antigo governo, em 2019, o governo de Jair Bolsonaro cria o *Decreto nº 9.761/2019* (Brasil, 2019a), que aprova a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Entre os objetivos da “nova” PNAD, estão:

Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica [...].

[...] garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinente em relação ao uso de drogas [...]. (Brasil, 2019a).

Há sempre uma ênfase na abstinência como suposto “modelo ideal” para o tratamento. Isso representa um retrocesso, visto que as práticas pautadas em redução de danos não são necessariamente focadas somente na questão do uso de drogas, mas, sim, na perspectiva do cuidado que permeia a saúde e a viabilidade da garantia de direitos dos sujeitos.

A redução de danos está em acordo com os pressupostos da Luta Antimanicomial construída em nosso país. Pode ser considerada como um paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde e drogas. Coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas. Nessa perspectiva, os usuários de drogas participam como agentes políticos colaboradores na produção de redes de cuidado e de comunicação, criando uma mobilização coletiva em torno do tratamento dos sujeitos com necessidades decorrentes de um determinado padrão de relação com as substâncias psicoativas (Passos; Souza, 2011).

A perspectiva da redução de danos considera a heterogeneidade dos usos das substâncias psicoativas e as diferentes maneiras que elas afetam as pessoas, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Contrariando essa perspectiva, e em sequência à lógica ultraneoliberal e às ações retrógradas no campo da saúde mental e drogas, em 2019, é instituída a Lei nº 13.840 (“Nova Lei de Drogas”), influenciada pelo Ministério da Justiça (Brasil, 2019b). Sobre o acolhimento dos usuários nas CTs, o artigo 26-A da citada lei destaca:

Oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito [...]; ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal [...]; avaliação médica prévia; elaboração de plano individual de atendimento; vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas. (Brasil, 2019b).

Muitos desses incisos mostram-se contraditórios, se comparados com a análise do *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2017. Nesse relatório, fica evidente a violação dos direitos humanos no tratamento dos usuários nessas instituições que sofrem com a falta de estrutura, de profissionais especializados e de atenção de acordo com as especificidades de cada sujeito internado.

Sobre a internação dos sujeitos, o parágrafo 3º do artigo 23-A da Lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2019b) apresenta os dois tipos de internações: a) a internação voluntária (aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas); e b) a internação involuntária

(aquela que se dá sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar, responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad – com exceção de servidores da área de segurança pública – ao constatar a existência de motivos que justifiquem a medida). Essa abertura para que qualquer responsável legal ou servidor de áreas de saúde, assistência social ou de órgãos integrantes do Sisnad possa solicitar a internação involuntária é preocupante, uma vez que, nos últimos anos, houve uma crescente discussão tanto em relação ao número de usuários de drogas, quanto a respeito da ampliação dos debates sobre a necessidade de leis mais severas e com viés punitivo que contribuíssem para a contenção do tráfico e do uso de drogas.

Conforme Brites (2013), a internação involuntária, assim como a compulsória, se caracteriza como canto de sereia, pois o canto da sereia é belo, irresistível e fatal, uma vez que leva quem o ouve a uma viagem sem volta ao fundo do mar. Metaforicamente, esses tipos de internação encarnam os atributos desse canto. Belo, porque harmonioso em defesa da vida, da integridade e da solidariedade. Irresistível, porque ecoa promessas imediatas e definitivas nos ouvidos cansados de lamentações de dor, perdas e violências. Entretanto, fatal, porque anuncia o irrealizável e retrocede em conquistas.

Nos últimos anos, vem ocorrendo um processo de (re)manicomialização na amplitude do campo da saúde mental, que representa uma recomposição de forças neoconservadoras que se refletem em práticas violadoras dos direitos dos sujeitos com transtornos mentais, preconizados pela lei mais ampla, de número 10.216/2001 (Brasil, 2001), como asseguram Passos *et al.* (2020).

Os ideais ultraneoliberais, no âmbito da saúde mental, se apresentam com as mais diversas estratégias e discursos. Há instituições de cunho privado que se identificam como substitutivas ao hospital psiquiátrico e passam a tensionar os princípios da Reforma Psiquiátrica, quando o tratamento oferecido se assemelha ao isolamento e à exclusão com ações de opressão e segregação (Moura, 2017).

Para Guimarães e Rosa (2019), a internação em Comunidades Terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para as aglomerações hospitalares e os capitalistas que investem na “indústria da loucura”.

A (re)manicomialização dos sujeitos, através das medidas de internação involuntária e das Comunidades Terapêuticas inseridas oficialmente como serviço de saúde, faz parte da perspectiva coercitiva e repressiva do Estado que atende à ideologia proibicionista. Esse contexto se torna mais conservador e regressivo em 2019, quando a sociedade civil foi retirada do Conad – exemplo da democracia blindada na contemporaneidade –, assim

como alguns órgãos, entre eles, a Ordem de Advogados do Brasil, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Medicina. Para Noelle (2019), essa atitude reforça uma perspectiva focada não mais no cuidado às pessoas, mas na criminalização e repressão ao uso de substâncias psicoativas.

Essa medida autoritária e antidemocrática constitui um retrocesso na Política sobre Drogas do país, conforme destaca o CFESS (2019), não só por excluir a participação de quem mais está envolvido e lida com essas questões no cotidiano profissional, mas também por querer impor um modelo de combate ao uso de drogas com medidas violentas e punitivas, que visam trancafiar o sujeito usuário em Comunidades Terapêuticas. Essas, em sua maioria, se assemelham a manicômios violadores dos direitos fundamentais do ser humano.

## Considerações finais

Diante do presente artigo, consideramos a conjuntura atual complexa com uma correlação de forças que desfavorece conquistas da classe trabalhadora diante da ascensão do ultraneoliberalismo, a partir de 2016, e a sua especificidade na realidade brasileira. Esse processo representou a inflexão das políticas sociais, dentre elas, a Política de Saúde Mental e Drogas, que tem sofrido contrarreformas em nome da permanente acumulação capitalista.

As mudanças na PNAD reiteram a política de encarceramento em massa dos sujeitos, principalmente da população pauperizada. Nos casos em que não é admissível prender, ao Estado resta a alternativa de terceirizar a responsabilidade sobre esses sujeitos, internando-os em instituições que, a despeito de suas particularidades, culpabilizam e submetem os internos a uma reforma moral-religiosa, em um processo de (re)manicomialização na contemporaneidade.

Os governos ultraneoliberais propiciaram importantes inflexões, garantindo o aumento de recursos públicos a fim de subsidiar grupos predominantemente religiosos para gerir a Política de Saúde Mental e de Drogas, além de permitir as internações involuntárias, representando retrocessos significativos da Luta Antimanicomial no país. A participação das entidades defensoras dos direitos humanos e democráticos e da Luta Antimanicomial foi cerceada, a partir da retirada dessas entidades das instâncias de deliberação pelo governo federal, através de decreto.

Nesse processo é fundamental a mobilização e organização para que ocorra uma possível reversão das propostas negacionistas e retrógradas na área da saúde mental dos últimos governos. Desse modo, ressaltamos a importância da construção de uma política social pública, baseada em uma ética de uso equilibrado e responsável, considerando os

atuais padrões de consumo incorporados pela sociedade capitalista. É preciso, também, uma mudança nas políticas direcionadas às substâncias psicoativas, que tenha um aprofundamento na leitura sobre as diferentes dimensões dessa questão, buscando respostas à altura da problemática apresentada, mas, igualmente, alinhadas ao patamar civilizatório que a sociedade deseja alcançar no sentido de emancipação humana.

**Contribuições dos/as autores/as:** Ambas as autoras participaram da concepção, elaboração e revisão do artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

ALMEIDA, R. *O SUS e a baixa ocupação de leitos psiquiátricos: prejuízo ou política bem-sucedida?* Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz, 13 jan. 2020. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/1103>. Acesso em: 30 jan. 2020.

ALTINO, L. Criticadas por psiquiatras e incentivadas por Bolsonaro, comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas pelo governo Lula. *O globo*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/criticadas-por-psiquiatras-e-incentivadas-por-bolsonaro-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos-continuam-no-atual-governo.html>. Acesso em: 8 out. 2023.

ARAGÃO, I.; ROSA, L. C. S. Política sobre drogas e neoliberalismo: Comunidades Terapêuticas e debate no Serviço Social. *Revista Temporalis*, Brasília, ano 19, n. 37, 2019.

BARROCO, M. L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 124, 2015.

BRASIL. Lei n. 7.560, de 19 de dezembro de 1986. Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso e dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas. 1986. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundacional-antidrogas-1>. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 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. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 24 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). Brasília, 2011.

BRASIL. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). Resolução n. 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas. 2018. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27624178\\_RESOLUCAO\\_N\\_1\\_DE\\_9\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx). Acesso em: 24 fev. 2020.

BRASIL. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Lei n. 13.886, de 17 de outubro de 2019. Dispõe sobre mudanças nas legislações existentes para acelerar a destinação de bens apreendidos ou sequestrados que tenham vinculação com o tráfico ilícito de drogas. Brasília, 2019c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13886.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13886.htm). Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 11/2019 CGMAD/Dapes/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019d. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentun*, Vitória, v. 10, n. 1, jan./abr. 2018.

BRITES. C. M. Internação compulsória: um canto de sereias. *Revista Inscrita*, Brasília, ano 10, n. 14, 2013.

BRITES. C. M. *Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo*. São Paulo: Cortez, 2017.

CARNUT, L.; MENDES, A. Carnaval, “fechamento do Congresso”, neofascismo e saúde. *Revista Eletrônica Domingueira*, n. 8, fev. 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-08-fevereiro-2020?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Nota de repúdio à retirada da participação popular do Conad*. 2019. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596?fbclid=IwAR08STDeZUKWiOO5jxgfuZS\\_ybkKrm5uV5vSxy9zALDsrAFBPTGzSTPl\\_1I](http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596?fbclid=IwAR08STDeZUKWiOO5jxgfuZS_ybkKrm5uV5vSxy9zALDsrAFBPTGzSTPl_1I). Acesso em: fev. 2020.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. *Relatório de inspeções*: 2018. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2019.

DEMIER, F. *Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, ano XXII, n. 44, maio-ago. 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 7 out. 2020.

MACHADO, L. Sob Bolsonaro, comunidades religiosas viram principal terapia de dependentes químicos mesmo sem controle e resultados atestados. *BBC News Brasil*. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61184132>. Acesso em: 8 out. 2023.

MOURA, H. C. E. As transformações sócio-históricas da política de saúde e saúde mental no Brasil no contexto das reformas sanitária e psiquiátrica. *In*: TRINDADE, R. L. P. (Org.). *Saúde mental e sociedade: reflexões a partir do Serviço Social*. Maceió: Edufal, 2017.

NOELLE, M. Programa Corra Pro Abraço é resistência nordestina. 2019. Disponível em: <http://www.justificando.com/2019/11/04/programa-corra-pro-abraco-e-resistencia-nordestina/>. Acesso em: 16 dez. 2019.

OLIVEIRA, E. F. A. *Gastos da Política de Saúde Mental e os rumos da Reforma Psiquiátrica*. Tese (doutorado em política social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

PASSOS, R. G. *et al.* Comunidades Terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064/21411>. Acesso em: 14 out. 2020.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia e Sociedade*, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2023.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. *Revista Eletrônica Domingueira*, n. 3, jan. 2019.

# A reatualização proibicionista das Políticas sobre Drogas no (des)governo Bolsonaro

*The Prohibitionist Re-Update of Drug Policies in the Bolsonaro (Un)Administration*

Liziane Silva Cruz\* 

Cynthia Studart Albuquerque\*\* 

## RESUMO

O presente artigo, resultante de pesquisa de mestrado acadêmico, objetiva analisar a relação entre o avanço do neoliberalismo autoritário e a reatualização das políticas sobre drogas, durante o governo Bolsonaro. O estudo, de natureza qualitativa, foi ancorado no materialismo histórico-dialético e utilizou as pesquisas bibliográfica e documental, além da técnica de análise de conteúdo. Identificou-se que, historicamente, as legislações brasileiras sobre drogas, embasadas no paradigma proibicionista, a partir do dispositivo “guerra às drogas”, produzem o genocídio e encarceramento da população negra. Na conjuntura de neoliberalismo autoritário e avanço do Estado penal, as políticas públicas sobre drogas sofreram atualizações que promoveram o desfinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps); o recrudescimento da repressão e punição destinada majoritariamente ao controle social e punitivo da classe trabalhadora negra; a ampliação da perspectiva manicomial; a designação da abstinência como intervenção principal; e a facilitação nas internações involuntárias; portanto, uma reatualização proibicionista das políticas de drogas.

**Palavras-Chave:** política sobre drogas; proibicionismo; racismo; neoliberalismo autoritário.

## ABSTRACT

This article, resulting from a master's research, aims to analyze the relationship between the advance of authoritarian neoliberalism and the re-updating of drug policies during the Bolsonaro administration. The study, qualitative in nature, was anchored in historical-dialectic materialism and used bibliographic and documentary research, in addition to content analysis technique. It was identified that, historically, Brazilian legislation on drugs, based on the prohibitionist paradigm and on the idea of the “war on drugs”, produces genocide and incarceration of the black population. In the context of authoritarian neoliberalism and the advancement of the penal state, public policies on drugs underwent updates that promoted the defunding of the Psychosocial Care Network (RAPS), the resurgence of repression and punishment aimed mainly at the social and punitive control of the black working class, the expansion of the asylum perspective, the designation of abstinence as the main form of intervention, and facilitating involuntary hospitalizations; thus, a prohibitionist re-updating of drug policies.

**Keywords:** drug policy; prohibitionism; racism; authoritarian neoliberalism.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80191>

\* Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil.  
E-mail: [liziane.cruz@aluno.uece.br](mailto:liziane.cruz@aluno.uece.br).

\*\* Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE - Campus Iguatu), Iguatu, CE, Brasil.  
E-mail: [cynthia.studart@ifce.edu.br](mailto:cynthia.studart@ifce.edu.br).

Como citar: CRUZ, L. S.; ALBUQUERQUE, C. S. A reatualização proibicionista das Políticas sobre Drogas no (des) governo Bolsonaro. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 68-83, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80191>

Recebido em 31 de julho de 2023.

Aprovado para publicação em 10 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Introdução

O debate sobre as substâncias psicoativas, denominadas de “drogas”, é sempre permeado de disputas político-ideológicas, econômicas e culturais. No entanto, as drogas adquiriram *status* de “problema” no contexto histórico, econômico e político da modernidade (Albuquerque, 2018), que teve em seu bojo a ideologia do proibicionismo como principal norteador.

É na relação racismo e punitivismo que se encontra a chave para compreensão do superencarceramento seletivo no Brasil. A população brasileira, composta majoritariamente por pessoas negras, enfrenta, na atualidade, a redução dos direitos sociais, por meio do acirramento do Estado neoliberal. Uma conjuntura marcada pelo recrudescimento do neoliberalismo autoritário e do Estado penal, em que as políticas públicas sobre drogas, durante o (des)governo Bolsonaro, passaram por grande tensionamento e significativos retrocessos no que se refere aos direitos das pessoas que fazem usos de psicoativos.

As abordagens e direções na produção dos dispositivos legais, neste período, aprofundaram, ainda mais, o histórico paradigma proibicionista presente nas elaborações das políticas sobre drogas no país. Conjuntamente ao desmonte das políticas públicas da saúde, de assistência social e de educação, o campo da saúde mental talvez seja uma das principais áreas que foi severamente atingida pela ofensiva neoliberal, alicerçada no conservadorismo, por meio da mercantilização e amplificação dos investimentos privados de atenção à saúde mental, orientado pela lógica manicomial e do enclausuramento.

Compreende-se que a natureza do Estado na sociedade burguesa, ou em qualquer outra formação social, deve ter como ponto de partida as relações de produção da vida material. Conforme Marx (2009, p. 30), “a estrutura social e o Estado decorrem constantemente do processo de vida de determinados indivíduos [...], ou seja, como agem, como produzem material realmente, como atuam, portanto, em determinados limites, premissas e condições materiais que não dependem da sua vontade”. Dito isto, o Estado, na sociabilidade do capital, não é outro senão o Estado capitalista, compreendendo-o como síntese das relações sociais de produção, a partir de uma interconexão entre forma mercadoria, forma política e forma jurídica. Portanto, considera-se o neoliberalismo como forma e conteúdo do capitalismo contemporâneo que, após a crise econômica de 2008, radicaliza sua programática ultraneoliberal de medidas favorecedoras do mercado e, para tal, intensifica as ações repressivas e violentas do Estado. Esse processo demarca a transição, assinalada por Fraser (2017), do neoliberalismo progressista com práticas autoritárias para uma fase propriamente autoritária, identificada por Andrade, Cortês e Almeida (2021) como neoliberalismo autoritário.

Assim, o presente artigo, resultante da dissertação de mestrado acadêmico, tem como objetivos analisar a relação entre o Estado penal neoliberal e a reatualização proibicionista

das políticas sobre drogas durante o governo Bolsonaro. O estudo realizado está ancorado no materialismo histórico-dialético; a partir de pesquisas bibliográfica e documental, de natureza quanti-qualitativa, utilizou-se do suporte técnico da análise de conteúdo.

Além da introdução, o manuscrito aqui apresentado organiza-se em duas seções. Num primeiro momento, buscou-se apreender os fundamentos do neoliberalismo autoritário e do Estado penal brasileiro, observando as conexões dessas direções para reatualização proibicionista das políticas sobre drogas no país; em seguida, são apresentados os principais resultados da pesquisa, com base na análise das abordagens e direções que as políticas sobre drogas assumem no governo Bolsonaro, identificando como essas tendências se materializam na execução orçamentária no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad).

## **Neoliberalismo autoritário e o Estado penal brasileiro: racismo e criminalização**

O projeto de colonização do Brasil foi baseado na exploração, violência e genocídio das populações negras e indígenas, e segue em curso até hoje. Subjugadas a uma condição de inferioridade permanente, a falácia da abolição da escravidão não proporcionou o mínimo de direitos às populações negras. Pelo contrário: foram relegadas ao lugar de exclusão e negação de direitos, direcionados pela política higienista, que as expurgaram às margens da sociedade.

Diferente do que é frequentemente afirmado, a colonização não se desenrolou de forma harmoniosa, nem foi aceita pacificamente pela população negra escravizada. Ao contrário, houve ampla resistência e luta à escravização. Conforme apontado por Moura (2020, p. 5), fazer história, longe dos marcos oficiais, é, em si, um ato de coragem, pois “são muitos os assuntos proibidos e muitos heróis sagrados das classes dominantes. Difícil é resgatar as raízes dos verdadeiros heróis da história do país”. Destaca-se, ainda, que somente a composição de uma contranarrativa não é suficiente para findar o racismo, assim como o patriarcado ou a desigualdade de classes; mas somente com a superação de todo um sistema de opressões, organizado e estruturado a partir desses determinantes.

Gestado sob o solo do colonialismo, o capitalismo brasileiro valeu-se da expropriação e da violência supremacista branca e patriarcal, que lhe forneceram os elementos que estruturam a produção e reprodução objetiva e subjetiva na atualidade. Para Almeida e Santos (2019), o racismo não deve ser tratado como um elemento secundário; ele é primordial, pois se configura como um dos aspectos estruturantes da formação social brasileira. Portanto, retirá-lo desse lugar central é fazer uma análise simplista, certamente guiada pela lógica do embranquecimento. É, também, desconsiderar que essa estrutura

interfere de forma profunda na composição social, econômica, política e subjetiva da população brasileira, das pessoas negras e não negras<sup>1</sup>.

Esse passado-presente colonial, com traços persistentes de exclusão, violência e criminalização às pessoas negras, ainda persiste com fortes marcas em várias dimensões na realidade brasileira, a exemplo das políticas sobre drogas. Esse fato exige conhecer a formação sócio-histórica do Brasil e seus moldes econômicos, sociais e políticos. É preciso apreender e situar as relações étnico-raciais na história brasileira e dos desdobramentos da sua inserção no capitalismo tardio, para compreensão dos seus reflexos na contemporaneidade, tal como a “questão das drogas” (Albuquerque, 2018).

O Brasil é o terceiro país com a maior população carcerária do mundo. De acordo com os dados apresentados pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do 13º ciclo de relatórios do Levantamento de Informações Penitenciárias (Infopen)<sup>2</sup>, o número de pessoas em privação de liberdade, em 2020, era de 832.295 pessoas. Desse quantitativo, cerca de 201.829<sup>3</sup> correspondia ao quantitativo de pessoas relacionadas aos crimes previstos nas leis de drogas (de 1976 e de 2006). Esse elevado número de encarcerados tem relação direta com as lacunas postas nos artigos 28 e 33, da Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006), que, intencionalmente ou não, deixam aos critérios dos operadores da lei a definição de quem é usuário ou traficante, contribuindo para o encarceramento seletivo – e em massa – da população negra, expresso nos dados abaixo.

Os aparelhos de criminalização e judicialização do Estado reafirmam e reproduzem o racismo estrutural, cujos reflexos podem ser observados no expressivo índice de encarceramento no Brasil. Segundo o último Anuário Brasileiro de Segurança Pública, publicado em 2021, o total de encarcerados, em 2020, era de 759.518 pessoas. Deste total, cerca de 66,3% eram pessoas negras. Além disso, o documento afirma que as abordagens e intervenções policiais junto a pessoas negras tinham como resultado um significativo percentual de 78,9% de vítimas fatais, contabilizando cerca de 6.416 mortes por ação policial em 2020. Fora as inúmeras abordagens violentas que acontecem cotidianamente e não são registradas ou oficializadas.

- 1 Sobre essa interferência, destaca-se que a racialidade de pessoas brancas, como aponta Bento (2002, p. 47), “é vivida como um círculo concêntrico: a branquitude se expande, se espalha, se ramifica e direciona o olhar do branco”. As heranças da escravidão privilegiam a branquitude e, além disso, determinam o branco como padrão legítimo de ser humano ou a branquitude como um ideal a ser alcançado.
- 2 Pontua-se que a metodologia de levantamento de dados do Infopen inclui, no número total de pessoas em privação de liberdade, as penas em regime fechado, semiaberto e aberto, incluindo todos os tipos de estabelecimentos penais.
- 3 Esse índice refere-se aos crimes de legislação específica apontados pelo relatório, divididos em: tráfico de drogas (Art. 12 da Lei no 6.368/76 e Art. 33 da Lei no 11.343/06), associação para o tráfico (Art. 14 da Lei no 6.368/76 e Art. 35 da Lei no 11.343/06), tráfico internacional de drogas (Art. 18 da Lei no 6.368/76 e Art. 33 e 40, inciso I, da Lei no 11.343/06) (Brasil, 2022).

Rocha (2020, p. 12), em sua pesquisa sobre o juvenicídio, destaca que a violência letal contra a juventude negra e pobre é a forma mais visível. No entanto, “a morte violenta é o ápice mais crítico de um processo destrutivo que se situa na esfera das contradições econômicas, sociais, políticas, culturais, raciais e de gênero, as quais determinam a sociabilidade contemporânea”.

Os projetos de desmonte das políticas públicas, desde o congelamento dos gastos na saúde e na educação, firmados na aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, às políticas negacionistas e beligerantes do governo Bolsonaro durante a pandemia, bem como o acirramento das medidas de segurança autoritárias, são alguns dos aspectos que demonstram uma conjuntura de crise política, econômica e sanitária, na ascensão de governos de extrema-direita regados de neoconservadorismo<sup>4</sup> e autoritarismo. O cenário que se apresenta é de ampliação do autoritarismo, na forma de violação dos direitos, elevação da violência e mortalidade, aliado à radicalização do neoliberalismo, ampliação das desigualdades da classe trabalhadora empobrecida e favorecimento do grande capital internacional.

Assim, o neoliberalismo comparece não apenas como uma nova forma de reorganização da produção que acirra a exploração sobre os trabalhadores ou uma forma particular de intervenção mínima do Estado. É, sobretudo, um modo de sociabilidade, uma nova razão do mundo. Considerando o capitalismo como um complexo econômico-jurídico, o neoliberalismo assume a funcionalidade não apenas de resposta à crise capitalista contemporânea, mas busca realizar-se como “nova forma de conduzir indivíduos em seus anseios de liberdade” (Dardot; Laval, 2016, p. 26), por meio de uma “subjatividade contábil”, pela concorrência sistemática entre os indivíduos e o endividamento como modo de vida.

Nestes termos, o neoliberalismo seria um projeto permanente de produção e reprodução das relações materiais e subjetivas da humanidade para atender às necessidades de reprodução ampliada do capital; portanto, estaria para além de uma política econômica e de uma ação ideológica, agindo como “governamentalidade neoliberal”, uma determinação da conduta dos homens e mulheres com instrumentos do próprio Estado. E, para isso, é central o uso da violência e a chantagem do emprego e do crescimento, que ocorre a partir de novas condições geradas por contrarreformas estruturais, com reversão intensa dos direitos.

Andrade, Cortêz e Almeida (2021) entendem o neoliberalismo como um modelo político surgido na sociedade de livre mercado que se tornou o principal modo de regulação social na atual fase do capitalismo. Ressaltam que, após a crise de 2008, vultosos

---

4 “O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais” (Barroco, 2015, p. 625).

recursos foram gastos para resgatar os principais agentes do capital financeiro, e seus prejuízos privados foram convertidos em dívida pública. Isso levou os Estados a implementarem medidas de austeridade e contrarreformas estruturais, com objetivo de transferir o ônus da dívida para aqueles que não foram responsáveis por sua contração. Assim, foi necessário intensificar e inovar as estratégias autoritárias do governo.

Por um lado, as expressões da “questão social” se ampliaram devido às novas configurações da produção capitalista e à redução dos investimentos em políticas sociais. Por outro lado, o Estado fortaleceu os mecanismos para criminalizar essa parcela da população, desassistida e marginalizada.

Exercer o controle penal sobre os socialmente descartáveis pelo capital e criminalizar as lutas e movimentos sociais é associar pobreza à criminalidade, é transformar a ‘questão social’ em uma questão individual e moral, é deslegitimar as organizações e lutas das classes subalternas, é criminalizar a visibilidade pública e política das expressões da ‘questão social’ e dos sujeitos – individuais e coletivos – que reivindicam e/ou defendem direitos, que confrontam a ordem hegemônica capitalista. Neste sentido, não podemos compreender a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais apenas por meio das legislações específicas, mas, sobretudo, pela necessidade histórica de sua intensificação para manter a exploração e a dominação do capital. (Duriguetto, 2017, p. 105).

O autoritarismo, para além da utilização de força bruta, também se manifesta a partir de outras formas de coerção, como, por exemplo, a propagação do projeto neoliberal por meio dos golpes institucionais ou militares e, também, por imposição de ditaduras; gestão da pobreza, via encarceramento em massa; repressão aos movimentos sociais e organizações sindicais; construção de inimigos políticos concentrados na oposição, como os discursos anticomunistas (Andrade; Côrtes; Almeida, 2021).

Diante do contexto de ódio, amplamente difundido nas redes sociais e pela grande mídia, o tema da segurança pública ganha destaque como uma preocupação central da opinião pública, mobilizada por um amplo populismo penal, em que se ocultam as questões fundamentais da violência urbana, relacionadas à desigualdade na sociabilidade capitalista. Isso produz e reproduz um processo permanente de criminalização midiática de frações racializadas da classe trabalhadora, a exemplo dos jovens negros moradores das periferias brasileiras.

É relevante destacar a atualização ou criação de dispositivos penais que ocorreram durante o governo Bolsonaro, como o Pacote Anticrime, a Lei Antiterrorismo e a nova Lei de Drogas. Essas alterações legais, ao impor penas mais severas e ampliar as condenações, impactam diretamente em determinados grupos sociais, com predominância de pessoas pobres e negras, que são mais afetadas pelas medidas impostas.

Diante da ofensiva neoliberal autoritária, do governo Temer ao de Bolsonaro, intensificam-se as contrarreformas, culminando na concretização do projeto de privatizações e o retorno das políticas voltadas exclusivamente para as elites conservadoras brasileiras. Na gestão da crise econômica e política brasileira operou-se um golpe junto aos trabalhadores por meio do impedimento da presidenta Dilma Rousseff, o que culminou no governo de Temer, com políticas favoráveis ao mercado, cujo objetivo foi assegurar a recuperação das taxas de lucro, por meio de um programa radicalmente neoliberal, com impactos diretos no desmantelamento dos direitos sociais.

O programa “Uma Ponte para o Futuro”, lançado em 2015 pela Fundação Ulysses Guimarães e pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB, 2015), e apresentado em 2016, pelo ex-presidente Michel Temer, como solução para a crise, promoveu inúmeros retrocessos por meio de uma série de ataques orquestrados às conquistas históricas da classe trabalhadora. Nesse processo, alguns exemplos podem ser citados: a contrarreforma trabalhista, que reduziu os direitos dos trabalhadores e precarizou o trabalho; a contrarreforma da previdência, que alterou as garantias previdenciárias; e a Emenda Constitucional nº 95, que congelou o orçamento da saúde e educação por 20 anos.

No entanto, as contradições sentidas pela classe trabalhadora no período tornam-se ainda mais agudas, ao se observar a partir das lentes do fenômeno do racismo estrutural. Segundo Almeida e Santos (2019, p. 127):

[...] as mudanças na produção ocasionadas pelas crises econômicas se vinculam às diferentes formas com que o racismo historicamente se manifesta. Nesse sentido, a análise específica dos impactos da ascensão do pós-fordismo e da política neoliberal sobre a realidade brasileira revela a ligação estrutural existente entre crise e racismo.

Importante ressaltar que a crise brasileira possui suas particularidades, dada a formação social baseada na colonização e na escravização. Se a estrutura da sociedade e as relações sociais são determinadas a partir do racismo e do patriarcado, as crises também se valem desse fenômeno. Ou seja, a lógica do racismo perpassa novos moldes de produção e afeta sobremaneira a população negra.

A crise financeira de 2008 abriu um novo capítulo do neoliberalismo. Após o breve período em que governos gastaram vultosos recursos para salvar grandes agentes financeiros, transformando os prejuízos privados em dívida pública, ocorreu o aprofundamento de medidas de austeridade e de reformas estruturais. Para que o peso da dívida recaísse sobre aqueles que não foram os responsáveis por contrai-la, foi preciso intensificar e inovar as estratégias autoritárias de governo. Essa volta adicional no parafuso, comprimindo ainda mais as formas de poder e a condição de vida da população, marcou a passagem para uma nova fase do neoliberalismo. (Andrade; Côrtes; Almeida, 2021, p. 7).

Ao estabelecer a relação entre a crise e o racismo, Almeida e Santos (2019) apontam três argumentos centrais: o primeiro é que a raça é indispensável para a determinação das diferentes formas de dominação social exercidas pelo capitalismo; segundo, diante de um cenário de rearticulação da dominação do capital, quando se apresenta uma crise, bem como de reestruturação produtiva, a raça deve ser redefinida; e terceiro, a recomposição da precarização da classe trabalhadora durante o pós-fordismo teve a raça como um fator fundamental.

Portanto, reconhecer o sistema de dominação do capital, a partir das determinações do racismo, é fundamental para compreender as variadas violências sistemáticas vividas pelas populações negras no Brasil. Por este ângulo, além do aumento da pobreza e da desassistência do Estado, essas pessoas vivem sob o jugo da criminalização. O avanço do autoritarismo, como um mecanismo que acompanha a nova fase do neoliberalismo, coloca a população negra ainda mais na mira das ações coercitivas e punitivas do Estado. Inclusive, de acordo com Fraser (2017), o capitalismo ultrapassou os limites de uma fase considerada em certos aspectos progressista, para adquirir um aspecto de autoritarismo pleno no neoliberalismo.

Ao analisar a realidade brasileira, percebe-se que o autoritarismo sempre esteve presente. Mas o avanço do neoliberalismo configura uma das estratégias de implementação e manutenção do racismo, que funda e estrutura as relações sociais brasileiras. Em meio a este processo, durante o governo Bolsonaro, a reatualização proibicionista dos dispositivos penais sobre drogas, empreendidos por meio das contrarreformas neoliberais, empenhou-se na construção de um campo propício à mercantilização dos direitos sociais de atenção à saúde e ao acirramento da penalização e punição da classe trabalhadora marginalizada.

## **A reatualização proibicionista das políticas de drogas e a execução orçamentária durante o governo Bolsonaro**

Conforme já mencionado anteriormente, as políticas sobre drogas no Brasil passaram por mudanças substanciais nos últimos anos. O incremento da repressão e do paradigma proibicionista refletem-se no considerável aumento do encarceramento, especialmente da população negra empobrecida, grande parte por delitos relacionados às drogas. Diante do contexto de agravamento do neoliberalismo e fortalecimento do Estado penal durante o governo Bolsonaro, torna-se indispensável analisar as políticas de drogas instituídas nesse contexto.

Para apreender as abordagens e direcionamentos das políticas de drogas no governo Bolsonaro, averiguou-se, a partir da técnica da análise de conteúdo (Bardin, 2016), que a Política Nacional sobre Drogas foi realinhada pela Resolução nº 01/2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), pelo Decreto nº 9.761/2019 (dispõe

sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e altera artigos da Lei nº 11.343 de 2006 – Brasil, 2006; Brasil, 2019b), juntamente com os conteúdos da Lei nº 13.840/2019 (considerada “nova” Lei de Drogas – Brasil, 2019a). A conjuntura autoritária permitiu alterações nestes documentos e normativas, no processo de reatualização das políticas sobre drogas. A nova legislação manteve sua abordagem conservadora, com um enfoque moralizador e repressivo, reafirmando o compromisso com a proibição.

Nos governos de Lula e Dilma, as políticas relacionadas às drogas adotaram certa abordagem de redução de danos, mas ainda mantiveram o modelo médico-jurídico. Elas foram, também, fundamentadas no paradigma proibicionista e repressivo no combate ao uso de drogas. Um aspecto de grande relevância foi o aumento significativo do encarceramento decorrente da Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006). Mesmo com normativas que enfatizam a redução de danos e o cuidado em liberdade do usuário, persistiram o estigma associado às pessoas que fazem uso de drogas e a sua criminalização.

Durante o governo Bolsonaro, no contexto de realinhamento das políticas sobre drogas, as abordagens repressivas foram intensificadas por meio de um discurso punitivo e autoritário. A citada resolução do Conad representa uma mudança nas normas referentes às políticas sobre drogas no Brasil, pois manifesta a oposição à legalização das drogas e destaca a abstinência como modelo terapêutico padrão a ser adotado nas Redes de Atenção Psicossocial.

A ênfase na abstinência e na segregação como modelo terapêutico contradiz a abordagem de saúde coletiva e cuidado em liberdade. A perspectiva da abstinência, mobilizada, principalmente, pelo “tratamento” em comunidades terapêuticas, fortalece o paradigma proibicionista, que almeja uma sociedade livre das drogas e, também, promove a segregação dos “indesejáveis” para o capital, colocando-os em isolamento social e territorial.

Conforme a referida resolução, as comunidades terapêuticas seriam integradas à “rede de suporte” e, assim, incluídas no conjunto de órgãos que recebem financiamento do Estado. Todavia, o financiamento dessas já ocorria, mas agora ganhou robustez como integrantes da rede de cuidados. A inclusão das comunidades na rede de atendimento e seu financiamento evidenciam o enfraquecimento do setor público, além de representar um retrocesso em relação às conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. É importante notar que o financiamento das comunidades terapêuticas foi oficializado como política pública em 2011, por meio da Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

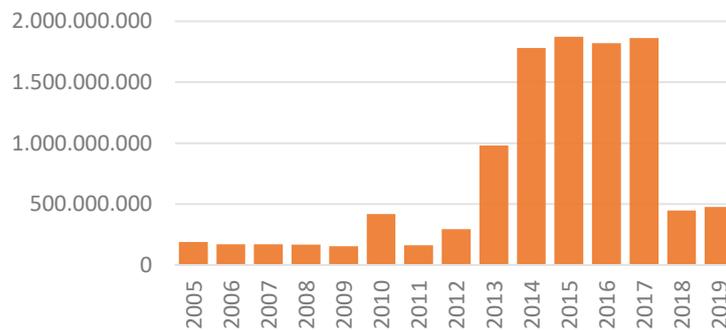
Porém, no Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019b), que aprovou a Política Nacional sobre Drogas, reafirmou o paradigma proibicionista e manicomial ao integrar esses equipamentos à Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e institucionalizar essa abordagem como política pública por meio dos volumosos investimentos nessas instituições privadas.

Essa direção é possível por meio da ênfase na “abstinência” como estratégia central no “tratamento” de pessoas com uso problemático de drogas.

A “nova” Lei de Drogas (2006/2019) apresenta, como características principais, a substituição da redução de danos pela perspectiva da abstinência e as comunidades terapêuticas como espaços privilegiados, em detrimento dos outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Outro ponto é a regulamentação da internação involuntária, que amplia sua possibilidade através da solicitação da família ou de servidores públicos dos órgãos que integram o Sisnad, podendo ser formalizada por meio de decisão médica.

Albuquerque (2019) destaca que a internação involuntária pode levar à alocação de recursos públicos para as comunidades terapêuticas, com consequências potencialmente perigosas para a saúde e os direitos dos pacientes. Além disso, essa medida pode gerar uma indústria de internações, impulsionada por interesses econômicos dessas instituições e pela funcionalidade política de punição e segregação de indivíduos indesejáveis.

Ao analisar a execução orçamentária da Política Nacional sobre Drogas, com base no Relatório de Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal (2005-2019), elaborado e divulgado pelo Ipea, em 2021, que aponta as despesas líquidas, constata-se que as despesas do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Cidadania e repasses da presidência da República relacionados às ações sobre drogas sofreram uma redução significativa, em comparação com os gastos de 2015.

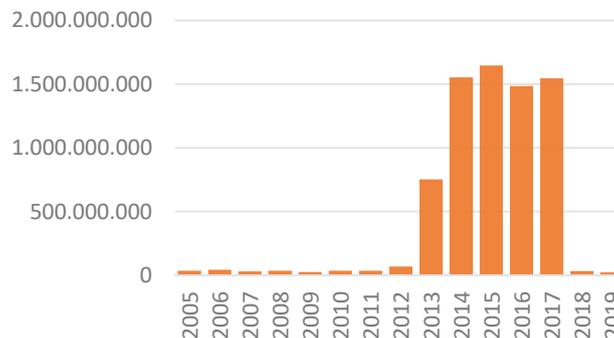


**Gráfico 1 – Execução orçamentária dos MJSP, MS, MC e presidência da República nas políticas públicas sobre drogas (2005-2019)**

Fonte: elaboração própria, com base nos dados disponíveis no Relatório de Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal (Ipea, 2021)

Ao examinar o relatório do Ipea (2021), nota-se que, durante a atualização proibicionista das políticas sobre drogas, houve uma expressiva diminuição nos gastos do Ministério da Saúde. Esse órgão é responsável por diversos serviços de atendimento a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, como a Raps, que inclui diferentes formas de atendimento, como consultórios de rua, diferentes tipos de Caps, unidades de acolhimento, leitos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais.

Contudo, os dados do relatório também abrangem recursos destinados ao Programa *Crack é Possível Vencer* e a procedimentos de média e alta complexidade. Seguindo os dados apresentados, constatamos que os investimentos nas políticas de drogas, por parte do Ministério da Saúde, caíram para R\$22,6 milhões em 2019, conforme apresenta o Gráfico 2. Isso expressa uma drástica redução em comparação com 2015, ano de maior gasto, quando o órgão recebeu cerca de R\$1,64 bilhões. Isso representa, ainda, 98,62% de diminuição nos gastos com políticas de drogas na área da saúde, se comparado ao ano de 2015.

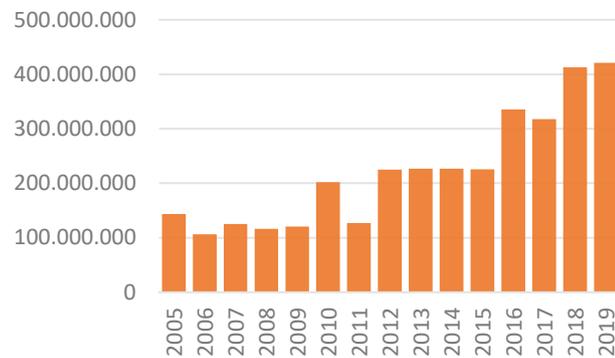


**Gráfico 2 – Despesas líquidas do Ministério da Saúde com políticas sobre drogas (2005-2019)**

Fonte: elaboração própria, com base nos dados disponíveis no Relatório de Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal (Ipea, 2021)

Em relação a esse aspecto, é necessário considerar a política econômica adotada pelo governo e os impactos da intensificação do neoliberalismo no Brasil, especialmente através da política de ajuste fiscal e do retrocesso nos investimentos em direitos sociais, com a implementação do novo regime fiscal pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Isso resultou em um significativo subfinanciamento das políticas públicas de drogas coordenadas pelo Ministério da Saúde, que tiveram o menor investimento em 15 anos. Em 2019, esses gastos representaram apenas 0,02% das despesas totais da pasta, que foram cerca de R\$129,2 bilhões.

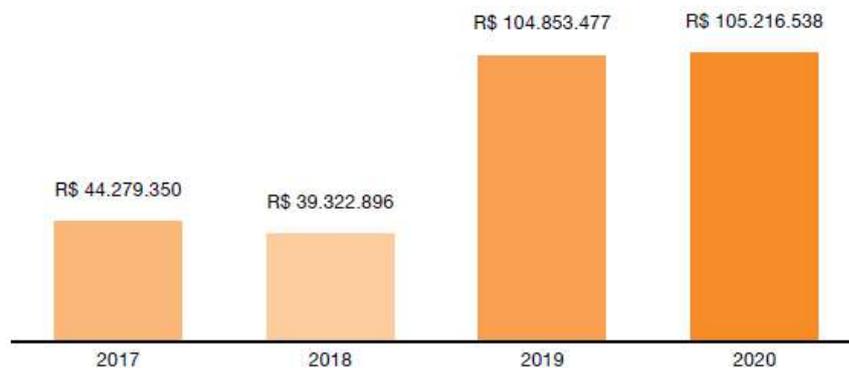
O realinhamento das políticas sobre drogas levou a uma redistribuição do orçamento, resultando na redução dos investimentos nos setores da Raps. É possível observar que, apesar da diminuição do orçamento na área da saúde, houve um aumento nos gastos do Ministério de Justiça e Segurança Pública (MJSP) na área das políticas de drogas. Em 2019, o MJSP teve um orçamento líquido de, aproximadamente, R\$421,2 milhões, equivalente a cerca de 3% do orçamento total da pasta (Ipea, 2021). A pasta tem como principais ações a execução de medidas de combate ao consumo, produção e distribuição, incluindo a desarticulação de organizações de tráfico nacional e internacional e investimentos na infraestrutura penitenciária federal. Ao longo dos 15 anos analisados pelo Ipea (2021), o maior gasto da pasta com as políticas de drogas ocorreu em 2019 (conforme se apresenta no Gráfico 3). Isso evidencia um substancial investimento nos mecanismos que compõem o “combate às drogas”, sob a ótica da repressão e da punição, refletindo na direção adotada pelo governo Bolsonaro em relação às políticas de drogas.



**Gráfico 3 – Despesas líquidas do Ministério da Justiça e Segurança Pública com políticas sobre drogas (2005-2019)**

Fonte: elaboração própria, com base nos dados disponíveis no Relatório de Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal (Ipea, 2021)

A ampliação dos investimentos nas comunidades terapêuticas também é uma característica da atualização das políticas de drogas no Brasil. De acordo com dados apresentados pelo Levantamento de Financiamento Público, realizado pelo Conectas e Cebrap, em 2021, os pagamentos efetuados pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), do extinto Ministério da Cidadania, referentes a alojamentos residenciais para pessoas enfrentando problemas relacionados ao consumo de drogas, aumentaram significativamente de 2017 a 2020. Anteriormente, até o início de 2019, o financiamento dessas vagas era realizado pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, vinculada ao Ministério da Justiça. A pesquisa, que utilizou informações obtidas por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), analisou o apoio financeiro público às comunidades terapêuticas, enfatizando o governo federal, bem como os investimentos realizados por prefeituras, governos estaduais e emendas parlamentares. O levantamento mostra que os investimentos nesses equipamentos ditos terapêuticos, que já existiam antes da atualização das políticas de drogas, tiveram um aumento significativo a partir de 2019 (Gráfico 4).



**Gráfico 4 – Financiamento federal das comunidades terapêuticas (2017-2020)**

Fonte: Conectas/Cebrap (2021, p. 18)

Com base no levantamento da Conectas e Cebrap, por meio da Portaria nº 01/2019 (Brasil, 2019c), a Senapred criou o Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT) para agilizar os pagamentos aos equipamentos selecionados nos editais de financiamento de vagas. O SISCT é um sistema de controle obrigatório, no qual as próprias entidades devem fornecer a documentação e informações exigidas pela Senapred. Isso revela que o financiamento dessas comunidades é uma política duradoura de transferência de recursos públicos, baseada em critérios como contratação simplificada, concentração de recursos em grandes entidades, fonte de financiamento estável e parceria com o legislativo, através do procedimento de execução de emendas parlamentares (Conectas/Cebrap, 2021).

Ademais, segundo o portal do antigo Ministério da Cidadania, no ano de 2021, o governo federal, através da Senapred, ampliou em 6.337 o número de vagas em 203 comunidades terapêuticas em todo o país, com um investimento anual de R\$90 milhões. A citada secretaria, atualmente, possui 481 contratos vigentes, com uma oferta de 10.627 vagas em nível nacional. A assinatura de novos contratos ampliará esse número para mais de 17 mil vagas financiadas pelo Executivo federal. Entre 2019 e 2021, aproximadamente 80 mil pessoas foram atendidas (Brasil, 2021).

Os dados apresentados revelam a estratégia de mercado adotada pelo governo Bolsonaro, que fortaleceu parcerias com entidades privadas, especialmente de cunho assistencialista e religioso, ampliando, assim, sua base eleitoral, composta, na maioria, por entidades religiosas diretamente envolvidas na administração das comunidades terapêuticas. Esse cenário de aumento de investimentos nesses equipamentos e intensificação da repressão, evidenciados no orçamento federal, reflete os elementos destacados no processo de reatualização das políticas de drogas, em que a ênfase recai na expansão das ações repressivas em linha com abordagens terapêuticas baseadas na abstinência e no modelo manicomial de cuidado.

## Considerações finais

A análise dos dados apresentados, juntamente aos direcionamentos das legislações modificadas durante a gestão de Bolsonaro, mostra uma recorrência do paradigma proibicionista na elaboração das políticas de drogas no Brasil, acirrado, ainda mais, durante a vigência de seu governo neoliberal, autoritário e conservador.

Durante esse processo de reatualização, destacam-se o considerável aumento dos investimentos nas comunidades terapêuticas e o incentivo ao tratamento via internação, estabelecendo um papel central dessas comunidades nas políticas de drogas durante o governo em análise. Identificou-se uma ostensiva inclinação em direção às abordagens moralizantes e conservadoras, que reproduzem o paradigma proibicionista. A lógica de cuidado e de tratamento aos usuários alinha-se aos modelos de cuidado e abordagens terapêuticas ancoradas no paradigma biomédico e hospitalocêntrico, que se distancia da

prática de redução de danos e do acolhimento em forma de cuidado, o que enfatiza as práticas de abstinência e internação.

As políticas públicas sobre drogas foram alteradas, expressando-se as piores características, que vão na contramão dos direitos sociais e do acesso às ações coletivas de saúde, respeito aos usuários e descriminalização. Um solo fértil para o retrocesso das conquistas da Reforma Psiquiátrica, assim como para a ampliação do cariz punitivo e do controle social das classes subalternizadas.

**Contribuições dos/as autores/as :** Liziane Silva Cruz: concepção, elaboração e revisão;

**Cynthia Studart Albuquerque:** elaboração e revisão.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** CAPES

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

ALBUQUERQUE, C. S. *Drogas, “questão social” e Serviço Social: respostas teórico-políticas da profissão. Tese (doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2018.*

ALBUQUERQUE, C. S. Pacote anticrime e “nova” lei de drogas: fascistização neoliberal e gestão dos indesejáveis. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16. Brasília, Anais... v. 16, n. 1, nov. 2019.*

ALMEIDA, S. L. de; SANTOS, J. C. S. Crise, racismo e neoliberalismo. *In: SOUZA, E. A. de; SILVA, M. L. de O. e (Org.). Trabalho, questão social e Serviço Social: a autofagia do capital. São Paulo: Cortez, 2019.*

ANDRADE, D. P.; CÔRTEZ, M.; ALMEIDA, S. Neoliberalismo autoritário no Brasil. *Caderno CRH, Salvador (BA), v. 34, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/44695>. Acesso em: 12 abr. 2022.*

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROCO, A. L. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 124, out./dez. 2015.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002.*

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm). Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 2019b. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria n. 1, de 12 de novembro de 2019. Operacionalização do Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas – SISCT. Brasília, 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1-de-12-de-novembro-de-2019-228394305>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Governo Federal abre mais de 6,3 mil novas vagas em comunidades terapêuticas. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/governo-federal-abre-mais-de-seis-mil-novas-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 5 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-dez-2022.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

CONNECTAS Direitos Humanos; CEBRAP. *Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas-brasileiras-entre-2017-e-2020/>. Acesso em: 5 abr. 2023.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DURIGUETTO, M. L. Criminalização das classes subalternas no espaço urbano e ações profissionais do Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 128, abr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282017000100104&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100104&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 maio 2022.

FRASER, N. The end of progressive neoliberalism. *Dissent*, New York, Spring 2017. Disponível em: [https://www.dissentmagazine.org/online\\_articles/progressive-neoliberalism-reactionary-populism-nancy-fraser](https://www.dissentmagazine.org/online_articles/progressive-neoliberalism-reactionary-populism-nancy-fraser). Acesso em: 6 out. 2022.

IPEA. Análise das políticas públicas sobre drogas no orçamento federal – 2005 a 2019. Brasília: Ipea, 2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37958&Itemid=457](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37958&Itemid=457). Acesso em: 15 maio 2022.

MARX, K. *A ideologia alemã*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MOURA, C. *Racismo e luta de classes no Brasil*. Textos escolhidos de Clóvis Moura. Brasil: Editora Terra sem Amos, 2020.

PMDB. Uma ponte para o futuro. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

ROCHA, A. P. *O juvenicídio brasileiro: racismo, guerra às drogas e prisões*. Londrina: Eduel, 2020.

# Proibicionismo-racismo na política brasileira sobre drogas a partir do encarceramento

## *Prohibitionism-Racism in Brazilian Drug Policy After Incarceration*

Leandro Sobral de Lima\* 

Dan Pinheiro Montenegro\*\* 

### RESUMO

Neste trabalho problematizamos os determinantes que configuram a atual política brasileira sobre drogas enquanto um dispositivo estratégico de reprodução do racismo institucional e estrutural, sistema este que dá forma e particulariza a questão racial no país, tendo como uma de suas principais expressões o encarceramento e o genocídio em massa de pessoas negras. Para tanto, analisamos o funcionamento binômico do proibicionismo-racismo no âmbito da “questão das drogas” a partir de aspectos históricos e de dados atuais sobre o encarceramento no Brasil.

**Palavras-Chave:** drogas; proibicionismo; racismo.

### ABSTRACT

In this paper we problematize the determinants that configure the current Brazilian policy on drugs as a strategic device for the reproduction of institutional and structural racism, a system that shapes and particularizes the racial issue in the country, having as one of its main expressions the incarceration and mass genocide of black people. To this end, we analyzed the binomial functioning of prohibitionism-racism in the context of the “drug issue” based on historical aspects and current data on incarceration in Brazil.

**Keywords:** drugs; prohibitionism; racism.

## Introdução

A proibição de algumas substâncias psicoativas, comumente chamadas de drogas, expressa na Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006), atualizada pela Lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2019), é uma das vias pelas quais significativa parcela dos sujeitos pobres e moradores da pe-

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80307>

\*Instituto Federal do Ceará (Campus Iguatu - IFCE), Iguatu, CE, Brasil.  
E-mail: leandro.sobral@ifce.edu.br.

\*\*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.  
E-mail: tenegrodan@gmail.com.

Como citar: LIMA, L. S. de.; MONTENEGRO, D. P. Proibicionismo-racismo na política brasileira sobre drogas a partir do encarceramento. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 84-98, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80307>

Recebido em 30 de julho de 2023.

Aprovado para publicação em 10 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

riferia adentram as malhas da justiça penal brasileira. Nesse sentido, Feffermann (2006, p. 24) afirma que “o controle das drogas passa a ser uma forma do Estado exercer e expandir o seu domínio sobre a conduta dos homens e das populações”. Logo, podemos dizer que a forma política de proibição das “drogas” representa uma tentativa do Estado em coibir comportamentos considerados indesejáveis para o modelo social estabelecido.

A política de drogas, com base proibicionista e penal, tem sua origem nos Estados Unidos da América no início do século XX e historicamente carrega consigo traços de uma moralidade racista e xenofóbica. A materialização dessa ideologia, configurada no chamado *combate às drogas*, é estruturada com base em preceitos arbitrários e autoritários dos órgãos punitivos, justificados por teses que relacionam pobreza à violência. A maconha, por exemplo, segundo relata MacRae (2016), foi o alvo das primeiras ações das políticas sobre drogas no Brasil, nos anos 1920, sendo proibida sob as alcunhas de “fumo de Angola” ou “ópio de pobre”, em uma alusão direta ao consumo estigmatizado da maconha entre parte da população negra.

Segundo Rodrigues (2012), o advento da ideologia do proibicionismo, com sua base racista, xenofóbica e moralista, articula-se de modo imanente com a necessidade do capital de controlar homens e mulheres para o trabalho. Desse modo, a criminalização de determinadas substâncias psicoativas segue articulada aos processos de marginalização de certos grupos sociais e emerge como forma *biotática* de manutenção do controle.

Neste caso o proibicionismo possui relação direta com o aumento do racismo e da xenofobia, o avanço da violência e do encarceramento dos sujeitos, e o recrudescimento do estigma, sobretudo aos moradores de periferia (Rodrigues, 2012; Feffermann, 2006; Carvalho, 2016; Abramovay, 2017). Tudo isso ocorre em paralelo ao aumento dos lucros oriundos do tráfico de drogas e da falência das premissas que regem o paradigma proibicionista, ou seja, exterminar o uso, controlar a circulação e acabar com a produção de drogas.

No caso brasileiro, a reprodução da matriz proibicionista apresenta-se no aumento do número de presos e na atuação coercitiva do Estado na esfera do privado. Aponta ainda para a problemática da racialização dos sujeitos que são majoritariamente criminalizados em razão dessa política ostensiva. Nesse sentido, mantém-se velada a determinação central do problema, ou seja, as desigualdades sociorraciais da nossa sociedade e a punição seletiva que incide diretamente nos processos de criminalização.

Aqui, a ideologia da proibição encontra solo fértil para sua proliferação, principalmente, no início do século XX, considerando o processo de abolição inacabada e a não inserção dos negros e negras na emergente sociedade de classes, cuja ausência de qualquer política de reparação para o povo negro ex-escravizado os submeteu a relações de trabalho marginais ou de servidão, análogas à situação em que anteriormente se encontravam.

Paralelamente, erguem-se ideias lombrosianas trazidas pelos positivistas, que fortemente influenciam o direito penal; e o racismo científico posto pelo movimento de eugenia e o higienismo que marcam as políticas de saúde pública da velha república.

No Brasil, de acordo com MacRae (2016), tanto o proibicionismo quanto o racismo científico associaram as pessoas negras a comportamentos tidos como violentos e depreciativos, tais como o vício e a marginalidade, e propunham políticas de branqueamento racial para que o país rompesse com “[...] a miscigenação extremada [que] significava a degenerescência, impedindo a evolução e o desenvolvimento do Brasil” (Madeira; Gomes, 2018, p. 464). Além disso, o país ainda precisava encontrar meios de continuar exercendo controle sobre o povo negro recém-liberto sem escancarar seu ódio aos pobres e seu racismo estrutural, ou seja, sem romper com o ideário liberal de liberdade e igualdade, pilares da sociedade burguesa.

Na perspectiva apontada por Souza (2022), o racismo moderno é um sistema que estrutura as relações de poder mediadas pelas formas sociais capitalistas, como economia, política ou direito. Isto posto, o racismo estrutural à brasileira foi forjado com base nos mecanismos de marginalização e criminalização das pessoas negras que, de um lado, foram impedidas de ocupar os postos do mercado de trabalho como trabalhadores livres, colocados à margem da sociedade de classes; e, de outro, foram submetidas a um sistema de criminalização de suas práticas, religiosidades e culturas. Por racismo estrutural entendemos aquilo que Almeida (2019) definiu como a produção de arranjos econômicos, políticos e subjetivos que naturalizam a violência a pessoas negras e sua ausência nos espaços de poder.

É nesse sentido que a “nova Lei de Drogas” reitera posições autoritárias e punitivas no tratamento penal dado às pessoas, em maioria negras, enquadradas por sua inserção no circuito da produção mercantil das drogas, sejam elas trabalhadoras ou consumidoras deste mercado. Dentre as principais mudanças trazidas pela lei de 2019, podemos apontar o fortalecimento do discurso médico-jurídico, que flexibiliza as internações involuntárias, banalizando um procedimento anteriormente previsto como último recurso, desconsiderando as diretrizes das legislações anteriores como integralidade em saúde e redução de danos. Além disso, a nova lei abre brechas para a ampliação da mercantilização e privatização da saúde através do investimento de recursos públicos em Comunidades Terapêuticas – instituições de direito privado, confessionais e asilares, sistematicamente questionadas pelos seus métodos restritivos de cuidado.

Diante deste cenário, almejamos problematizar os determinantes que configuram a atual política brasileira sobre drogas como um dispositivo estratégico de reprodução do racismo institucional e estrutural, sistema este que dá forma e particulariza a questão racial no país, tendo como expressões o encarceramento e o genocídio em massa de pes-

soas negras. Sem o intuito de esgotar a discussão, esperamos contribuir com a crítica à economia política da “guerra às drogas” e somar forças aos movimentos sociais antiproibicionistas e antirracistas que buscam, através da legalização das drogas tornadas ilícitas, lutar contra uma política de morte que, de acordo com Rocha, Lima e Ferrugem (2021), mantém os corpos negros sob a mira dos aparelhos violentos do Estado.

## O proibicionismo como instrumento de racialização e a questão racial no contexto brasileiro

Ressalvadas algumas legislações pontuais, até meados de 1912 as drogas não eram alvo da política criminal em praticamente nenhum local do mundo. É entre as décadas finais do século XIX e início do século XX, após a guerra do ópio, que surge em nível mundial, sob liderança dos EUA, uma política ostensiva de proibição e criminalização das drogas e de seus usuários, na suposta busca de livrar a humanidade das drogas. A matriz proibicionista desponta na Primeira Conferência Internacional do Ópio, em 1912, na cidade de Haia, sendo adotada por diversos governos de todo o mundo, que encontram nesse ideal punitivo mais uma forma de controlar condutas moralmente considerados fora da normalidade (Perduca, 2005).

É por meio do arcabouço médico-jurídico que o proibicionismo adquire legitimidade social, sobretudo por duas premissas fundamentais. A primeira, refere-se aos efeitos causados pelas drogas aos indivíduos, efeitos estes que se apresentam em diversos níveis. Trata-se aqui da consideração de que “o uso dessas drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto, não pode ser permitido” (Fiore, 2012, p. 10). A segunda premissa versa sobre o papel do Estado como ente legítimo desta regulação, pois a melhor forma de fazer isso seria “o Estado perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores” (Fiore, 2012, p. 11).

O argumento médico-jurídico escamoteia um dos principais propósitos da proibição dos psicoativos, o qual trata, antes de tudo, do controle político, militar e social de determinadas minorias étnicas que foram consideradas “classes perigosas” por meio de sua associação direta com determinadas substâncias, como, por exemplo, chineses ao ópio e mexicanos ou negros à maconha. Desse modo, em sua gênese, “o proibicionismo teve como alvo os imigrantes, sobretudo, os amarelos, os negros e os hispânicos” (Carvalho, 2016, p. 30-40).

A proibição de algumas drogas resultou de uma conjunção de fatores, como: a “ascensão do puritanismo norte-americano”, as disputas pelo “monopólio na produção das drogas”, os “conflitos geopolíticos do pós-segunda guerra mundial” e uma “política racial e social de controle e hierarquização das minorias indesejáveis” (Albuquerque, 2018, p.

124). De todo modo, a proibição das drogas e, conseqüentemente, a “guerra às drogas”, pode ser caracterizada como uma ideologia ou um paradigma que tem sido adotado por diversos governos como o caminho para tratar a questão das drogas.

A crise capitalista dos anos 1970, a conquista dos direitos civis pelos afro-americanos, somados à reação supremacista branca, propiciaram a articulação da chamada “guerra às drogas”, anunciada pelo presidente estadunidense Richard Nixon em 1971 e intensificada pelo governo de Ronald Regan nos anos 1980, como tática de governo cujo objetivo era a manutenção, ou melhor, a atualização da segregação racial. Conforme sinaliza Alexander (2017), a política de “guerra às drogas” e a política de tolerância zero representam uma *nova Jim Crown*, ou seja, um conjunto de leis racistas e segregacionistas que produziram o fenômeno do encarceramento em massa de pessoas negras.

A Guerra às Drogas nunca teria sido declarada nos Estados Unidos se não fosse pela raça e pela classe daqueles rotulados como inimigo. A política de drogas e sua prática atual remontam em grande parte à política racial estadunidense e permanecem arraigadas na utilidade política (e na rentabilidade econômica) da guerra perpétua. (Alexander, 2017, p. 24).

As problematizações de Alexander (2017) recaem sobre a chancela do Judiciário às discriminações perpetradas pelo sistema de justiça criminal estadunidense sob a retórica da “neutralidade racial”, legalizando o racismo institucional operado a partir do sistema de criminalização das drogas. No Brasil, como veremos adiante, desde o começo o proibicionismo também adquiriu feições racistas, mas com contornos sociais e históricos próprios.

Diferentemente dos EUA, o sistema de justiça criminal brasileiro não deixa dúvidas sobre a ilegalidade de suas práticas: extermínios à luz do dia; invasões aos domicílios nas favelas sem mandados judiciais; cenas de crimes cometidos por agentes estatais alteradas; milhares de presos temporários; presídios e cadeias superlotadas com suas práticas de violência institucional como gestão carcerária; além dos cada vez mais constantes autos de resistência que conferem à polícia licença para matar.

Além dos aspectos deliberadamente ilegais na política de “guerra às drogas” brasileira, o proibicionismo da política brasileira de drogas viola princípios básicos do direito moderno, como “a exigência de ofensiva da conduta proibida, diretamente derivada da cláusula do devido processo legal em aspecto substantivo” (Karam, 2016, p. 2). Além disso, não é raro que a lógica de guerra às drogas atue violando os princípios básicos do Estado democrático de direitos e dos direitos humanos, como os da legalidade, idoneidade, subsidiariedade e proporcionalidade da pena.

É nesta trama que o proibicionismo e a ideologia da “guerra às drogas” estruturam a política criminal de drogas no país. Carvalho (2016) e Boiteux (2015) destacam que, nos anos 1980, operou-se a fusão de modelos ideológicos que deram forma ao sistema de justiça criminal brasileiro, quais sejam: a ideologia de defesa social e a ideologia de segurança nacional, esta última utilizada pelo discurso da segurança urbana. Já a base de sustentação do exercício do controle social punitivo se realiza pela perspectiva da *diferenciação social*, responsável pela reprodução social do estereótipo médico-criminal, que determina aos jovens de classe média o estereótipo de consumidor-doente e aos jovens pobres e negros o estereótipo de traficante-delinquente (Abramovay, 2017).

A forma como essa problemática tem sido tratada vem gerando resultados desastrosos para toda a sociedade, sobretudo em razão da intervenção policial e arbitrária do Estado, que cria e fortalece as redes do crime como “organizadores” da economia ilegal das drogas em todo o mundo. Logo, temos como resultado direto dessa lógica de “guerra às drogas”:

O crescente número de usuários e ‘dependentes’, a redução da idade da primeira compra de drogas, a relação entre o uso de drogas injetáveis e a disseminação do HIV/AIDS; [...] o aumento dos gastos públicos na militarização da polícia, [...] e o entupimento do trabalho dos juízes. (Feffermann, 2006, p. 62).

Para além disso, tal abordagem contribui para que o consumo de drogas seja feito de forma deletéria, uma vez que a criminalização favorece a ausência de um controle de qualidade das substâncias comercializadas, aumentando as possibilidades de adulteração, impureza e desconhecimento de seu potencial (Karam, 2016, p. 12).

Como o Estado não desenvolve meios de garantir o consumo controlado e regulamentado, a obtenção das drogas tornadas ilícitas tem se dado pelo tráfico. Por outro lado, segundo Feffermann (2017), é através deste comércio que, muitas vezes, os jovens da periferia encontram um modo de integração à sociabilidade capitalista, sobretudo por meio “inclusão” pelo consumo. Não obstante, nos espaços comandados pelo tráfico, a política pública que atua de forma mais sistemática acaba sendo o aparato de repressão da segurança pública.

Outra consequência do proibicionismo deriva dos efeitos relacionados à saúde e às formas assistenciais de tratamento. Além da questão do controle de qualidade já mencionado, a proibição também pode dificultar a busca ou continuidade do tratamento quando necessário. Ao empurrar as drogas para a ilegalidade, a proibição dificulta uma busca voluntária por ajuda, pois, associada a julgamentos moralizantes, impõe formas de tratamento higienistas, frequentemente ancoradas no ideal da abstinência compulsória (Baratta, 2013).

Nesse sentido, além de dificultar um possível diálogo mais aberto entre usuários e suas redes interpessoais, a distinção arbitrária entre drogas lícitas e ilícitas, proibidas e legais, “boas e más”, contribui para um aumento do medo das drogas ilícitas e uma despreocupação maior com o consumo das drogas legalizadas. Ao tratar uma questão de saúde com estratégias penais, o proibicionismo atua na produção de estigmas, mortes, violência e encarceramento massivo, configurando-se como uma tecnologia de reprodução das desigualdades sociorraciais e criminalização da pobreza.

Com relação à questão racial, por sua vez, é preciso recordar que o desenvolvimento do modo de produção capitalista e sua forma naturalizada de reprodução também fizeram emergir as manifestações da chamada “questão social” enquanto conjunto e expressões da desigualdade em uma sociedade. A pauperização passa a associar-se intimamente ao aumento da riqueza social produzida, na medida em que neste modo de produção ela é distribuída desigual e injustamente. Uma das expressões da “questão social” está relacionada ao uso, comércio e tráfico de drogas. Na realidade de um país como o Brasil, que apresenta uma formação social singular, o desenvolvimento do capitalismo local, atrelado ao aumento das expressões da pobreza, adquire características próprias que devem ser problematizadas.

Sendo o consumo de drogas parte da “questão social”, seja ele problemático ou não, suas formas de cuidado, tratamento, produção e controle adquirem configurações específicas a partir das particularidades regionais, bem como da própria formação da sociedade brasileira. O processo de colônia de exploração vivenciado no Brasil, focado na exploração da terra, escravização e exclusão pela violência, circunscreve a formação histórica do nosso país, fazendo com que os efeitos da violência e exploração contra negros e indígenas sejam sentidos até hoje. Desse modo, consideramos que o racismo é um elemento determinante para pensar a “questão das drogas” na realidade brasileira.

De acordo com Fernandes (2008, p. 357), “o Brasil conheceu, em sua história colonial e independente, várias formas de escravidão”. Após a tentativa de escravizar indígenas, os colonizadores tentaram subjugar os negros à escravidão colonial nas terras invadidas do Novo Mundo. Segundo Moura (1988), em um processo denominado de escravismo tardio, que se deu entre os anos de 1851 a 1888, conviviam-se com várias formas de trabalho, tanto o trabalho livre remunerado, como o trabalho escravo. Conforme observa Mbembe (2019), embora a exploração colonial escravagista tenha permitido a acumulação primitiva de capital, a expansão de um sistema de produção industrializado avançou pressionando pela constituição de novos mercados consumidores. Foi em meio às exigências do modelo monopolista que se expandia na Europa que se intensificaram as discussões abolicionistas no Brasil.

Contudo, é importante pontuar que esse processo não se deu de forma pacífica. De acordo com Moura (1988), a intensificação das insurgências negras e o aumento dos quilombos geraram desgastes econômicos e políticos. Nesse sentido, é necessário recordar que existiram diversas estratégias de resistência negra em todo o país, expressas em eventos como suicídios, sabotagem no trabalho, destruição da propriedade do senhor, revoltas, saques e outras, bem como nas fugas para os diversos quilombos espalhados pelo território brasileiro.

O Brasil foi o último país das Américas a abolir a escravidão, e o fez de forma incipiente. De acordo com Ferrugem (2020), após a abolição, o Brasil não desenvolveu qualquer tipo de reparo histórico; pelo contrário, iniciou uma tentativa de branqueamento do país por meio da política de imigração, dando continuidade a um processo de marginalização e depois criminalização dos corpos não brancos. Nesse processo, “tanto os senhores como o Estado foram eximidos de qualquer responsabilidade pela manutenção ou integração dos negros no novo regime de organização da vida e do trabalho” (Albuquerque, 2018, p. 87).

Na verdade, segundo Ferrugem (2020), decorridos aproximadamente 388 anos de expropriação da força de trabalho dos corpos escravizados, após o 13 de maio, se discutia indenizar os senhores e não os escravizados recém-libertos. Mesmo com a Proclamação da República e o fim da escravidão, pelo menos no campo formal do direito abstrato, a realidade do povo negro pouco mudou no país, pois, como pontua Fernandes (2008), nos lugares onde os níveis de produção eram baixos, a ordem tradicionalista se mantinha quase intocável.

Nesse contexto, a população negra passa a ser interpretada ao perigo pelas classes abastadas, retórica usada para “justificar” a violência contra seus corpos e o racismo nas ações do Estado. De acordo com Madeira (2020), isso ocorreu por meio de uma ideologia racista e eugênica, cujas teses caracterizavam os negros e mestiços como uma raça inferior, híbrida ou impura, buscando atribuir um verniz biologizante para a exclusão dos corpos não brancos.

Todos estes eventos históricos, entretanto, não podem ser analisados apenas sob o ponto de vista dos escravizados, frequentemente relocalados em lugares de opressão por análises que se limitam à figura do violentado. Nesse sentido, conforme nos alerta Bento (2022), as discussões sobre as formas de racismo precisam ser compreendidas também a partir da branquitude enquanto ideal de superioridade, cujo efeito prático é a manutenção dos privilégios, estruturas de hierarquização e exclusão que a sustentam. Nessa perspectiva, os históricos processos de branqueamento e injustiça racial também devem ser problematizados naquilo que representaram e ainda representam em termos de interesse e privilégio para a branquitude.

Nesse sentido, considerando os determinantes do passado, que reverberam e delinham o presente, a realidade brasileira carrega traços de uma sociedade organizada para garantir os privilégios da branquitude, cuja coincidência com os interesses das classes dominantes não é mero acaso (Bento, 2022). Tudo isso determina um modo de manifestar-se da “questão social” própria do Brasil que deve ser considerado também na análise da “questão das drogas” se quisermos construir análises úteis ao enfrentamento das atuais formas de exclusão neste país.

Nesse sentido, autores como Rosa e Guimarães (2020), Boiteux (2015), Henman (2016) e Feffermann (2006) também apontam que o racismo estrutural imprime uma morfologia particular na “questão das drogas” da realidade brasileira, uma vez que a utilização de um estereótipo racial para construção de suspeitos, fundado na ideia de “classes perigosas”, é uma constante na estrutura seletiva do nosso sistema de justiça criminal.

A formação social brasileira, caracterizada por elementos de classe, raça, etnia e gênero, tem produzido formas de opressão e violência contra determinadas classes para manter relações sociais que têm permitido a acumulação de capital e privilégio. Desse modo, a reprodução da violência direcionada aos povos negros encontrou um lugar crucial na “questão das drogas” para sua manutenção, principalmente pelas formas de racismo estrutural e institucional do nosso sistema jurídico e penal. Segundo Rocha, Lima e Ferrugem (2021), no caso brasileiro, o inimigo da nação é frequentemente personificado na figura do jovem negro e pobre qualificado como traficante.

Considerando as discussões efetuadas até aqui, é possível identificar que, desde muito cedo, proibicionismo e racismo estiveram funcionando em sinergia na constituição da “questão das drogas” em nosso país, não apenas pela herança racista na gênese da ideologia proibicionista, mas também pelos aspectos já mencionados de nossa formação histórica e social. Por todas essas razões, entendemos que, quando se trata da “questão das drogas” e das políticas públicas forjadas em seu bojo, precisamos considerar o funcionamento binômico que ocorre nesta relação composta por dois termos, qual seja, proibicionismo-racismo. Em outras palavras, trata-se de reconhecer que, no Brasil, o proibicionismo tem sido indissociável do racismo e, frequentemente, um se operacionaliza através do outro.

## **Encarceramento como expressão do proibicionismo-racismo na política brasileira sobre drogas**

Ao longo de décadas diversas pesquisas têm demonstrado com significativa solidez que a realidade prisional brasileira tem sido marcada por superlotação, insalubridade, maus-tratos, negligência à saúde, discriminação e pobreza menstrual, além da violência institucional expressa em truculentas revistas nas celas, transferências repentinas, suspen-

são de visitas e visitas íntimas, dentre outras medidas administrativas (Alexander, 2017; Carvalho, 2016; Lima, 2019). Quando se trata da relação entre encarceramento e “questão das drogas”, lamentavelmente, grande parte desta produção científica tem consolidado o dado histórico de que a maioria das pessoas presas é negra e de que as prisões explodiram numericamente com a promulgação da Lei de Drogas.

Os dados mais recentes sobre o sistema penitenciário brasileiro, abrangendo os meses de julho a dezembro de 2022, publicados em julho de 2023 no anuário Brasileiro da Segurança Pública, revelam que a população prisional do país chegou a um total de 832.295 mil pessoas. Os números representam um aumento de 257,6% em relação ao ano 2000, quando havia cerca de 232.800 pessoas em privação de liberdade. Mas esse não é o único dado preocupante, pois o levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) também revela a persistência das condições de superlotação e insalubridade nas prisões, haja vista que o sistema opera em quase 50% acima de sua capacidade, tendo 230 mil pessoas a mais do que deveria comportar.

No que diz respeito ao perfil da população prisional, o levantamento mostra que apenas 5,45% são mulheres e os homens são a grande maioria, totalizando 786,907 mil presos. Neste ponto, conforme assinala o próprio anuário, é preciso sublinhar que, embora o número de mulheres presas seja menor, o cárcere pode se ampliar para as dinâmicas familiares em que muitas mulheres que têm suas vidas restringidas na condição de mães, companheiras, namoradas e filhas que assumem integralmente a manutenção da rotina dentro e fora do cárcere, assim como visitas e monitoramento dos processos jurídicos e penais (FBSP, 2023).

Com relação aos demais marcadores, a maioria é de negros (68,2%) e jovens entre 18 e 29 anos de idade (43,1%). Ainda de acordo com o anuário, esse é o mesmo perfil da maioria das vítimas de mortes violentas intencionais, sendo, portanto, a faixa populacional que mais é presa e assassinada no Brasil (FBSP, 2023). Além disso, os dados revelam que, entre 2005 e 2022, houve crescimento de 381,3% da população negra encarcerada, demonstrando que o encarceramento de pessoas negras tem respondido pela maior parte do crescimento da população prisional brasileira.

Sobre as penalidades, de acordo com o Nacional de Informações Penais (Sisdepen), especificamente referentes à Lei nº 11.343/2006 ou “Lei de Drogas”, os dados apontam que atualmente existem 201.829 mil pessoas encarceradas com base nesta lei, ou seja, quase 25% do total de pessoas presas (Brasil, 2006). Quando analisamos os dados em relação às mulheres, entre as quais 68% são negras, o cenário é ainda pior, pois a Lei de Drogas responde por 34,88% das prisões entre esta população (Brasil, 2023).

Somados às demais informações sobre a população prisional brasileira, esses dados demonstram que a Lei de Drogas vem se consolidando como sinuoso dispositivo de reprodução da estrutura sociorracial brasileira, embora tenha sido alardeada, à época de sua

promulgação, como uma forma de reduzir o encarceramento por meio de uma suposta anistia aos consumidores e maior repressão aos vendedores. Além disso, é importante recordar que a inclusão do tráfico de drogas na categoria de crimes hediondos, em que constam estupros e homicídios, também resultou no aumento das penas e do tempo efetivamente passado na prisão.

Ao tratarmos sobre dados oficiais que constata a seletividade do Estado penal, seja através do encarceramento ou da violência letal, não podemos deixar de apontar os dados sobre os homicídios contra pessoas negras apresentados também no Anuário da Segurança Pública de 2023. O relatório aponta que as desigualdades raciais existentes no Brasil não têm diminuído quando se trata da violência. Nesse sentido, é possível constatar que os negros representam 76,5% das mortes violentas intencionais. De acordo com o relatório, além de serem o principal grupo vitimado pela violência, independente da ocorrência registrada, os negros chegam a 83,1% das vítimas de intervenções policiais (FBSP, 2023).

A partir dos diferentes dados analisados até aqui, corroboramos com as críticas do campo das drogas quando apontam que aspectos da nossa formação social, sobretudo a violência e o racismo, ainda estão presentes na determinação das formas adotadas pelo Estado na tentativa de controle de classes tornadas “perigosas”. Isso se expressa nos dados de cor, classe e gênero das pessoas que atualmente mais são presas e assassinadas no Brasil. Nesse contexto, vemos o sistema punitivo brasileiro se constituir como um instrumento pelo qual se distribui a exposição seletiva de determinados corpos às formas de violência do poder estatal. Em última análise, o encarceramento no âmbito das drogas se caracteriza pela institucionalização das violências historicamente dirigidas contra determinadas populações em nosso país, atualizando aspectos do colonialismo, do racismo e da exploração capitalista.

Produzir conhecimento sobre a questão das drogas na realidade brasileira é uma urgência ética e política do tempo em que vivemos. Em primeiro lugar, porque existem formas de preconceito, intolerância e pânico moral que sistematicamente demonizam as drogas ou qualquer possibilidade de legalização dessas substâncias. Em segundo lugar, porque as drogas tornadas ilícitas historicamente têm sido utilizadas na produção de exclusão social, principalmente no que diz respeito às questões de classe e raça. Logo, investigar as políticas brasileiras sobre drogas é também problematizar a história de um país que buscou escamotear seu racismo e proteger os privilégios da branquitude a partir de uma ideologia da democracia racial, enquanto desenvolvia um aparato moral, jurídico e penal para encarcerar sistematicamente determinados corpos.

## Considerações finais

Diante das discussões apresentadas até aqui, podemos concluir que a ideologia proibicionista sobre as drogas tem resultado em muitos danos para a vida no Brasil, pois

não opera sozinha. Além disso, historicamente, desde a sua emergência formal, tem se articulado com outros modos de exclusão e injustiça, potencializando formas de opressão (institucionalizadas ou não). O proibicionismo tem causado danos à vida, seja por meio das mortes decorrentes de uma guerra às drogas, seja pelos obstáculos a um tratamento adequado da questão das drogas.

Os desfechos da interseção entre racismo e proibicionismo nas políticas estatais sobre drogas são agravados pelas características do capitalismo atual, marcado por seu traço autoritário e penal, com fortes expressões de barbárie. Nesse sentido, é possível observar, como aponta Wacquant (2008), uma ascensão de ações do Estado penal em substituição ao Estado social como um dos instrumentos da ideologia neoliberal voltada para a administração da pobreza em um contexto de aprofundamento da crise estrutural capitalista.

A política proibicionista encontra pontos de conexão decisivos para alavancar o encarceramento ao se instalar na realidade brasileira por meio da adesão a um arcabouço legal punitivista e autoritário. Tal política não foi adotada pelo país apenas por diplomacia ou pela coação geopolítica estadunidense. Antes disso, conforme nos lembra Rodrigues (2012), a proibição das drogas e posteriormente a lógica de “guerra às drogas” reforçaram políticas que já eram empregadas na repressão seletiva de determinadas populações em nosso país.

A partir de nossas análises, argumentamos que a lógica reproduzida pela proibição atualiza formas de opressão historicamente atuantes na constituição do tecido social brasileiro, principalmente no que diz respeito à classe e raça. Em outras palavras, embora fracasse severamente no fomento à saúde e à vida das pessoas que se relacionam com o consumo de drogas, a lógica proibicionista tem sido eficaz para encarcerar e matar.

Através daquilo que podemos chamar, com Mbembe (2019), de uma necropolítica, em que a produção da morte ganha um lugar de destaque nas ações de governo, alinhada à lógica do Estado de exceção (Agamben, 2004), que se caracteriza pela suspensão dos direitos e das liberdades constitucionais, o Estado tem pautado muitas de suas ações pelo ideal proibicionista de uma sociedade que declara guerra às drogas, mas só extermina pessoas. Esta política de morte, marcada pela normalização da suspensão de direitos, encontra um ponto de materialização importante na figura do Estado penal, que tem exercido a função de braço coercitivo da ação estatal, na medida em que o Estado se ausenta do campo das políticas sociais vitais à existência humana.

Diante disto, é necessário pensarmos que a política de drogas deve ser conduzida por um viés antiproibicionista e com foco na atenção e no cuidado ao usuário. Alinhado a uma política social fundada na estratégia de humanização em saúde, é importante também pensarmos na luta pela descriminalização e legalização das drogas como uma ação

que, além de romper com os complexos processos que permeiam a produção e circulação dessas mercadorias, seja apontado como uma alternativa política na luta contra o racismo e a criminalização que marcam a realidade das pessoas que fazem uso destas substâncias.

Corroborando com a proposta de Rosa e Guimarães (2020), que sinalizam as estratégias de cuidado da redução de danos e paradigma psicossocial como possíveis antídotos antirracistas em função de seu fundamento na equidade, enxergamos uma urgente necessidade de ampliar essa visão para as questões do encarceramento. Tendo em vista as análises desenvolvidas até aqui, podemos afirmar que as políticas de saúde mental que historicamente têm encampado a “questão das drogas” em nosso país não podem esquecer de pautar a crítica do encarceramento como parte de uma luta ética e política do cuidado humanizado. Se proibicionismo e racismo funcionam de forma interseccionada, a luta frente a essa perversa coalizão precisa incluir os diferentes corpos que ela elege como alvos. Sendo assim, se, no Brasil, proibicionismo e racismo atuam de forma interseccionada, a luta antiproibicionista é também uma luta antirracista.

**Contribuições dos/as autores/as:** Leandro Sobral de Lima: participação na concepção, elaboração; Dan Pinheiro Montenegro: participação na concepção e revisão.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

ABRAMOVAY, P. Branco é usuário, negro é traficante. *Revista Piseagrama*, Belo Horizonte, n. 11, 2017.

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. Trad. Iraci D. Poletti. São Paulo: Boitempo, 2004.

ALBUQUERQUE, C. S. *Drogas, “questão social” e Serviço Social: direções teórico-políticas da profissão*. Rio de Janeiro, Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social UFRJ, 2018, mimeo.

ALEXANDER, M. *A nova segregação: racismo e encarceramento em massa*. São Paulo: Boitempo, 2017.

ALMEIDA, S. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

- BARATTA, A. *Introdução à sociologia do direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2013.
- BENTO, C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- BOITEUX, L. El antimodelo brasileño: prohibicionismo, encarcelamiento y selectividad penal frente al tráfico de drogas. *Nueva Sociedad*, v. 255, 2015.
- BRASIL. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Diário Oficial, Brasília, 24 ago. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 20 jul. 2023.
- BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jun. 2019. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm). Acesso em: 20 jul. 2023.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *Sistema Nacional de Informações Penais – Sisdepen 13 ciclo*. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/brasil>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- CARVALHO, S. Notas sobre o encarceramento seletivo da juventude negra brasileira. *Comunicações do Iser*, ano 35, n. 70, 2016.
- FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *In: ANUÁRIO BRASILEIRO DA SEGURANÇA PÚBLICA*, 17. São Paulo: FBSP, 2023.
- FEFFERMANN, M. *Vidas arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes: o legado da raça branca*. São Paulo: Globo, 2008.
- FERRUGEM, D. Guerra às drogas? *Revista Em Pauta*, v. 18, n. 45, 6 jan. 2020.
- IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Revista Novos Estudos*, n. 92, 2012.
- HENMAN, A. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. *In: ZALUAR, A. (Org.). Cidadania e repressão ou redução de riscos*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2016.
- KARAM, M. L. Drogas: legalizar para garantir direitos humanos fundamentais. *R. Emerj*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 76, out.-dez. 2016.
- LIMA, S. S. O cuidado aos usuários de drogas em situação de privação de liberdade. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, 2019.
- MACRAE, E. Cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. *In: MACRAE, E.; ALVES, W. C. Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Salvador: Edufba, 2016.
- MADEIRA, M. Z. D. A. Política de igualdade racial na realidade cearense. *Revista Em Pauta*, v. 18, n. 45, 6 jan. 2020.

MADEIRA, M. Z. D. A.; GOMES, D. de O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 133, set.-dez. 2018.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder soberania, estado de exceção, política da morte. *Revista do PPGAV/EBA*, Rio de Janeiro, v. 32, 2019.

MOURA, C. *Sociologia do negro brasileiro*. São Paulo: Editora África S.A., 1988.

PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição! In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ROCHA, P. A.; LIMA, R. C. C.; FERRUGEM, D. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 24, n. 1, jan.-abr. 2021.

RODRIGUES, T. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. *Revista Contexto Internacional*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, jan.-jun. 2012.

ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, T. de A. A. O racismo na/da política proibicionista brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. *Revista Em Pauta*, v. 18, n. 45, 6 jan. 2020.

SOUZA, M. L. de. Capitalismo e racismo: uma relação essencial para se entender o predomínio do racismo na sociedade brasileira. *Revista Katálysis*, v. 25, 2022.

WACQUANT, L. *As duas faces do gueto*. São Paulo: Boitempo, 2008.

# Comunidades Terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado

*Therapeutic Communities: inconsistencies in the  
implementation of a state policy*

Marianna Nascimento Fernandes\* 

Andréia de Oliveira\*\* 

## RESUMO

O objeto deste artigo são as Comunidades Terapêuticas no processo de contrarreforma e privatização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua funcionalidade na manutenção da ofensiva capitalista contra a universalização do direito à saúde como um dever do Estado. O objetivo é refletir sobre o amparo legal e as motivações subjacentes que impulsionam o fomento do Estado a tais instituições, que, além de não possuírem respaldo técnico-científico, têm seu modo de intervenção pautado na disciplina-trabalho-espiritualidade. Deriva de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva e exploratória, realizada por meio de análise documental. Os resultados apontam que no cenário de acirramento das medidas neoconservadoras e de contrarreformas o Estado brasileiro priorizou a implementação e fortalecimento de uma política pública na contramão de uma racionalidade sanitária, dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (RP).

**Palavras-Chave:** Comunidades Terapêuticas; Política de Álcool e outras Drogas; contrarreforma psiquiátrica; Estado.

## ABSTRACT

The object of this article is the Therapeutic Communities in the process of counter-reform and privatization of Brazil's National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs in the Unified Health System (SUS), as well as their functionality in maintaining the capitalist offensive against the universalization of the right to health as a duty of the state. The objective is to reflect on the legal support and the underlying motivations that drive the state's promotion of such institutions, which, in addition to not having technical-scientific support, have their mode of intervention based on discipline-work-spirituality. This is a qualitative, descriptive and exploratory study carried out using documentary analysis. The results show that in a scenario of intensifying neo-conservative measures and counter-reforms, the Brazilian state has prioritized the implementation and strengthening of a public policy that runs counter to a sanitary rationality, the principles of the SUS and the Psychiatric Reform (PR).

**Keywords:** Therapeutic Communities; alcohol and other drugs policy; psychiatric counter-reform; state.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80308>

\*Universidade de Brasília (UnB),  
Brasília, DF, Brasil. E-mail: mari\_  
nfernandes@hotmail.com.

\*\*Universidade de Brasília (UnB),  
Brasília, DF, Brasil. E-mail:  
andreaoliveirasus@gmail.com.

Como citar: FERNANDES, N. M.;  
OLIVEIRA, A. de. Comunidades  
Terapêuticas: incongruências na  
implementação de uma política de  
Estado. *Em Pauta: teoria social e  
realidade contemporânea*, Rio de  
Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 99-110,  
jan/abr, 2024. Disponível  
em: [https://doi.org/10.12957/  
rep.2024.80308](https://doi.org/10.12957/rep.2024.80308)

Recebido em 31 de julho de 2023.

Aprovado para publicação em 10 de  
outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e  
realidade contemporânea está licenciada  
com uma Licença Creative Commons  
Atribuição 4.0 Internacional.

## Introdução

As Comunidades Terapêuticas (CTs) se originam nos anos 1950, no contexto da Reforma Psiquiátrica (RP) na Europa, quando o psiquiatra Maxwell Jones implementou, na Inglaterra, um modelo de atenção à saúde mental envolvendo a participação das pessoas usuárias no seu tratamento em contraposição aos métodos psiquiátricos tradicionais, considerados asilares e ineficazes (Passos; Gomes; Santo, 2022; Ipea, 2017; Natalino, 2018).

No Brasil, dissonante à experiência originária europeia, as CTs surgem na década de 1960 e se expandem a partir da década de 1990, na contramão dos princípios propostos pelas reformas psiquiátrica e sanitária brasileira, acompanhadas por uma trajetória marcada por denúncias de violação aos direitos humanos básicos (Ipea, 2017; CFP, 2018). A expansão das CTs no Brasil ocorre concomitantemente ao processo de contrarreformas neoliberais nas políticas sociais, irrompendo na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Brasil, 2018b), uma disputa permanente entre projetos antagônicos – ou seja, por um lado, possibilidades de mudanças na direção do cuidado em liberdade, fundamentado nos princípios da RP e que tem na Lei nº 10.216/2001 seu principal aparato legal (Brasil, 2001); por outro, a continuidade do atendimento asilar e manicomial, correspondente aos interesses privatistas, mercantis e religiosos.

O cuidado às pessoas que fazem uso problemático e prejudicial de drogas, segundo os princípios da RP, deve ser realizado em liberdade, por meio da estratégia da redução de danos (RD) e de forma articulada com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps): Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (Caps AD); unidades de acolhimento transitório; Consultórios na Rua (CNR); e leitos em hospitais gerais (Brasil, 2001). Entretanto, tal perspectiva é tensionada permanentemente pela perspectiva proibicionista que marca o debate sobre drogas no Brasil, sob a hegemonia do modelo biomédico e do conservadorismo e moralismo, vinculados à religião (Torcato, 2014).

Na tecitura de uma política sobre drogas, no Brasil, um conjunto de normativas e documentos foi necessário, em especial na saúde e na segurança pública. Para fins analíticos do objeto do presente estudo, evidenciam-se as controvérsias que permeiam a institucionalização do Decreto nº 7.179/2010, que cria o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e no ano seguinte o programa “Crack: é possível vencer” (Brasil, 2010), juntamente com a Portaria nº 3.088/2011, que incluiu as CTs na Raps (Brasil, 2011). Tais normativas, associadas a um conjunto de medidas mercantis e privatistas no contexto da política pública de saúde, apontam para o retorno do paradigma manicomial, higienista e catequético.

Apesar do avanço da criação da Raps, a inserção das CTs na rede possibilitou uma janela de oportunidades para o fortalecimento de tais entidades, sobretudo a partir de 2015, período de recrudescimento das contrarreformas e de ascensão da extrema direita em espaços

estratégicos de poder nas instâncias governamentais do país. Marcam o período os parques investimentos do Estado na construção de uma rede própria substitutiva de atenção psicossocial e o aumento de incentivo e favorecimento dos hospitais psiquiátricos, bem como de iniciativas como as CTs, com fortes retrocessos na Política de Saúde Mental (Costa, 2021).

Segundo Santos (2018), existiam aproximadamente 2.000 CTs no Brasil e 300 delas mantinham parceria com o governo federal, por meio do programa “Crack: é possível vencer”. Entre 2017 e 2020, o investimento federal nas CTs correspondeu, aproximadamente, a um total de R\$ 300 milhões – chegando a R\$ 560 milhões, se considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais (Conectas; Cebrap, 2022).

Em meio a esse cenário, o objeto deste artigo são as CTs no processo de contrarreforma e privatização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no SUS, bem como a sua funcionalidade na manutenção da ofensiva capitalista contra a universalização do direito à saúde como um dever do Estado. O presente tem o objetivo de refletir sobre o amparo legal e as motivações subjacentes que impulsionam o fomento do Estado às CTs, sob a ênfase das controvérsias em torno do modelo interventivo respaldado na tríade disciplina-trabalho (não remunerado)-espiritualidade/religiosidade.

## Procedimentos metodológicos

O estudo foi realizado por meio de análise documental. Buscou-se apreender as determinações sócio-históricas que sustentam a configuração das CTs brasileiras, as forças políticas presentes e os desafios para a implementação de políticas públicas sobre drogas sob bases antimanicomiais.

Para isso, na análise documental, foram consultados como aporte central os marcos regulatórios que alicerçam o campo Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com destaque para as normativas estabelecidas a partir de 2016, haja vista o recrudescimento das contrarreformas e o impulsionamento das CTs no período.

Na sequência, procedeu-se o estudo das CTs, selecionadas a partir das filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), maior entidade associativa de CTs no Brasil (Ipea, 2017). Segundo dados coletados no *site* da Febract em dezembro de 2022, a entidade dispunha de um total 212 CTs afiliadas de diferentes regiões do país: 23 da região Centro-Oeste, 113 do Sudeste, 54 do Sul, 7 do Norte e 15 do Nordeste.

Para fins deste estudo, foram selecionadas duas CTs de cada região do país, tendo como critério dois estados de cada região que tivessem a maior quantidade de CTs filiadas e aquelas em que fosse possível obter, nos respectivos *websites*, informações sobre suas características, a saber: natureza da instituição, visão, missão, valores, objetivos, número e perfil das pessoas usuárias atendidas, equipe de profissionais, entidades mantenedoras e bases argumentativas de defesa do modelo de intervenção adotado.

Utilizando-se de elementos da teoria crítica, procedeu-se a interpretação dos dados por meio da técnica da análise temática (Minayo, 2008). Na interpretação dos resultados, observaram-se as motivações e as controvérsias em torno do modelo interventivo das CTs, fundamentado na tríade disciplina-trabalho (não remunerado) -espiritualidade/religiosidade.

## O amparo legal do Estado às Comunidades Terapêuticas na contramão da Reforma Psiquiátrica brasileira

As CTs expressam a materialidade do moralismo e do conservadorismo que perpassa a questão das drogas no Brasil, e sua expansão é viabilizada pela presença de grupos conservadores, fundamentalistas religiosos em espaços públicos estratégicos (Passos; Gomes; Santo, 2022). Esses se utilizam de meios diversificados para dar direção à Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, com destaque para a constituição de um aparato normativo legal que dê sustentação e viabilidade operacional de implementação de suas propostas. Esse conjunto de forças políticas na contramão dos princípios da RP constituem expressividade na disputa do fundo público pelo setor privado, filantrópico e religioso no âmbito da Política de Álcool e Drogas (Ipea, 2017), e, a depender da intensidade organizativa de tais setores, tendem a tomar para si a direção da referida política pública. Desse modo, balizado por uma perspectiva neoliberal de privatização da coisa pública, o Estado funcional, pressionado pelos interesses de setores privados empresariais, filantrópicos e religiosos, tem propiciado a sustentação financeira, política e legal para a propagação de iniciativas de intervenção manicomializadoras, higienistas e privatistas, a exemplo das CTs.

A institucionalização da Raps no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 3.088/2011 constitui um marco no processo de inclusão das CTs como política pública estatal e de mudanças no modelo de atenção, uma vez que permite que tais instituições atuem em nível de atenção residencial de caráter transitório por até nove meses junto às unidades de acolhimento (Brasil, 2011).

Entretanto, como mencionado, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010), transformado no ano seguinte no programa “Crack: é possível vencer”, já havia introduzido elementos facilitadores para o estabelecimento de convênio e a transferência de recursos públicos às CTs.

No decurso do aprofundamento das contrarreformas neoliberais, sobretudo a partir do ano de 2016, são instituídos novos aportes normativos na direção contrária ao cuidado na perspectiva psicossocial e antimanicomial, com destaque no campo de álcool e outras drogas: a Portaria nº 1.482, do MS/2016, que incluiu as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (Brasil, 2016); a Resolução nº 32 do MS/2017, com a inclusão do hospital psiquiátrico Raps (Brasil, 2017a); a Portaria nº 3.588/2017, que reforça uma visão higienista e proibicionista no contexto da Raps (Brasil, 2017b);

e a Portaria GM/MS nº 3.449/2018, com a instituição de comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, envolvendo a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas CTs (Brasil, 2018a).

A instituição da “nova” política sobre drogas (que passa a ser “antidrogas”) pelo Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019b) e da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CMAD) marcam o ataque aos serviços substitutivos e abertos e à priorização da abstinência como única forma de tratamento (Brasil, 2019a).

Em 2023, Luiz Inácio Lula da Silva reassume a presidência da República, com a promessa de retomar o alinhamento do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas sob os fundamentos dos princípios basilares dos direitos humanos e do paradigma psicossocial e antimanicomial. Contudo, no limite temporal desta produção científica, cabe sinalizar que as inflexões e disputas perduram. As forças políticas de setores privados empresariais, filantrópicos e religiosos exercem uma engenhosa articulação no parlamento e no Poder Executivo, alcançando um nível de pressão no governo federal que continua repassando recursos públicos e sustentando políticos – juridicamente as investidas intervencionistas asilares, manicomiais e catequéticas das CTs –, contrariando o caráter laico do Estado conforme prerrogativa constitucional.

## **Modelo interventivo das CTs: controvérsias da tríade disciplina-trabalho (não remunerado) - espiritualidade/religiosidade**

Para fins de apresentação e discussão dos dados públicos encontrados nos *sites*, foram selecionadas as seguintes CTs filiadas à Febract nas cinco regiões do país: Centro-Oeste – Grupo Terapêutico Goiás sem Drogas (GO) e Desafio Jovem (DF); Sudeste – CACTOS – Centro de apoio e recuperação de dependentes de drogas (SP) e Fazenda Comunidade Magnificat (MG); Sul – PACTOPOA - Programa de Auxílio Comunitário Terapêutico de Porto Alegre (RS) e Comunidade Terapêutica Essência de Vida (SC); Norte – CERNA - Comunidade Terapêutica Nova Aliança (RO) e Espaço Nova Vida – (PA); Nordeste – Comunidade Terapêutica do Maranhão (MA) e Comunidade Terapêutica Associação Ágape (PE).

No processo de análise das CTs selecionadas, procurou-se estabelecer dimensões inerentes às características de tais instituições, com o intuito de compreender as motivações e as controvérsias em torno do modelo interventivo adotado.

Com relação às formas de intervenção indicadas pelos *sites* das CTs analisadas no presente estudo, ganham destaque o isolamento social, a hierarquia/controlado (disciplina), o trabalho (não remunerado) e a necessidade de ajustamento comportamental dos sujeitos – ou seja, a transformação moral, sustentada pelo conservadorismo religioso catequético.

A transformação moral é evidenciada em afirmativas como: “Preconiza os valores morais, comportamentais e espirituais, dentro de uma filosofia de tratamento que direciona o dependente químico a inserção e reinserção social, familiar, profissional e cultural, de modo integrado” (Comunidade Terapêutica Associação Ágape, 2019, p.1).

O caráter asilar das CTs é explicitamente descrito em seus *sites*, a exemplo da CERNA (2020), que informa a previsão de primeira saída daquelas pessoas que estão sob sua intervenção apenas após o sexto mês de internação e sob a condição de testar o comportamento do indivíduo fora da instituição.

A disciplina vem acompanhada pela padronização dos comportamentos, assim descrita no modelo interventivo pela Desafio Jovem:

Período de doze meses, dividido em quatro fases: 1. Abandono da antiga maneira de viver [...]; 2. Uma nova maneira de viver [...]; 3. Vivendo de uma nova forma [...] 4. Permanecendo na nova vida: avaliar o desempenho do acolhido pra ver se alcançou estabilidade emocional, social, espiritual e se está apto para retornar ao convívio da sociedade (Desafio Jovem, 2017, p. 2).

O disciplinamento e a padronização dos comportamentos são interpretados no presente estudo como similares às instituições totais, segundo análises de Goffman (2008). Para o autor, as instituições totais promovem um tensionamento entre aquilo que é introjetado no indivíduo dentro da instituição e aquilo que o sujeito aprende em sua socialização ao longo de sua história. Ou seja, o indivíduo chega à instituição com uma concepção de si mesmo e, ao longo do tempo, é doutrinado a despir-se disso e readequar o seu eu àquilo que é considerado certo pela instituição, como um processo de bloqueio da individualização do sujeito, na tentativa de padronizar comportamentos, como mortificações do eu (Goffman, 2008).

A disciplina, nesse contexto, também se relaciona com o segundo aspecto da tríade: o trabalho. A laborterapia – nome dado, basicamente, às práticas de manutenção dos espaços das CTs –, apesar de conter a palavra “terapia” no nome, não tem fim terapêutico (CFP, 2018). A despeito disso, a laborterapia, controversamente, é utilizada pela maior parte das CTs como a principal ferramenta de “cuidado”.

Sinaliza-se que um dos aspectos que constituem a tríade do modelo interventivo ofertado pelas CTs é justamente o trabalho. Por meio da nomenclatura de laborterapia, mencionada pelas CTs analisadas como a principal ferramenta utilizada para a desintoxicação do indivíduo, o trabalho como método interventivo remete ao tratamento moral proposto por Pinel, que acreditava que o trabalho possibilitava a manutenção da saúde e também a sua recuperação (Shimoguirí; Costa-Rosa, 2017).

A CACTOS (2020, p.3) descreve a laborterapia como “trabalhos executados em grupos, divididos por setores: animais, horta, jardinagem, limpeza, cozinha, ferramenta-

ria (almoxarifado geral), serviços gerais e manutenção”. E Espaço Nova Vida (2018, p. 5) afirma que “todos os residentes fazem a experiência rotativa nos diversos espaços e nas diversas tarefas para manutenção do espaço físico da comunidade”.

O relatório do CFP (2018) considera que esse trabalho realizado não pode proporcionar um cuidado ético, já que remete às práticas comumente encontradas em instituições asilares, principalmente em prisões e manicômios, onde os sujeitos trabalham sem remuneração, sem direitos trabalhistas e por vezes em condições precárias.

Sob esta ótica, denota-se o caráter compulsório do trabalho, em que os acolhidos não têm o direito de escolher entre desenvolver tais atividades ou não. Assim, este acaba se tornando um recurso punitivo e que privilegia interesses privados – ou seja, dos próprios dirigentes das instituições, os quais, ao utilizar o trabalho dos internos para a manutenção e higienização do local, não arcam com os custos de contratação de pessoal para a execução desses serviços.

Além da disciplina e do trabalho, a espiritualidade/religiosidade também continua presente no modelo interventivo das CTs. A religião é apresentada como instrumento de recrutamento de adeptos e com a promessa de salvação, alusivo a uma perspectiva catequética. Ressalta-se que a imposição religiosa corrobora para violações de direitos e desrespeita a liberdade religiosa (CFP, 2018), além de prejudicar o debate científico sobre o tema e propagar um entendimento do uso de drogas como uma problemática de cunho espiritual.

A observação de tais tendências sugere que essas instituições fortalecem a ascensão do neoconservadorismo e do proibicionismo na questão das drogas. A interferência da religião e da moral cristã na política de drogas reforça estigmas e preconceitos que impedem um cuidado humanizado. Segundo descrito no *site* da Desafio Jovem, “Jesus Cristo é a cura para todos os vícios. A pessoas quando entram na CT são confrontadas com a realidade de que não precisam mais viver na escravidão do pecado [...]. O tratamento verdadeiro acontece quando a necessidade espiritual é alcançada” (Desafio Jovem, 2017, p.2).

De acordo com informações levantadas, cerca 95% das CTs declaram desenvolver trabalhos espirituais; destas, 47% são evangélicas ou protestantes, 27% são católicas e cerca de 18% declaram-se sem orientação religiosa (Ipea, 2018).

Os objetivos das CTs descritos nos *sites* apresentam similaridades e remetem a intencionalidade à transformação social e moral das pessoas internas, com realce para o detalhamento dos processos interventivos voltados para a conversão religiosa. Basicamente, para que haja cura, é necessário que o indivíduo cultive a espiritualidade e a religião imposta pela instituição e mantenha-se abstinente de qualquer tipo de substância.

Assim, o amparo legal e o financiamento público estatal direcionado às CTs em nada alterou o modelo interventivo de tais instituições. As contradições que perpassam o investimento público nessas instituições incidem no favorecimento da perpetuação de práticas que ferem os direitos humanos, com imposição religiosa, violência física, trabalho não remune-

rado, entre outras práticas violadoras de direitos e contraditórias com os princípios constitucionais e com o respeito à cidadania (CFP, 2018). Neste sentido, diversos estudos e relatórios de inspeção de diferentes entidades (Costa, 2021; CFP, 2018; CFESS, 2014), assim como pesquisas de instituições de referência, a exemplo do Ipea (2017, 2018), evidenciam a falta de comprovação científica quanto à eficácia do modelo interventivo prestado nas CTs, além de denunciar inúmeras situações que caracterizam violação dos direitos humanos.

Por outro lado, as CTs, na articulação para o seu fortalecimento e ampliação de financiamento público, passam a galgar espaço na área da assistência social, sob a defesa de que se constituem como equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Entretanto, a transferência das CTs para a política pública de assistência social, sob justificativa da relação dessa política às vulnerabilidades decorrentes do seu uso de drogas, fere as prerrogativas legais da proteção social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

É válido salientar que as CTs, em sintonia com as Federações das quais são parte, orientam-se por uma perspectiva moralizadora, próxima a muitas situações vividas há séculos. Observadas com o necessário rigor, tais entidades revelam um projeto de sociedade que não aceita a diversidade humana e, neste sentido, busca obstruí-la. É o obscurantismo, nutrido pelo interesse econômico, cuja organização e expressão se faz em torno do parlamento. O Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019b), que transfere a responsabilidade da intervenção para o Ministério da Cidadania, é uma das formas de trazer à tona este projeto social sustentado por uma concepção normalizadora de humanidade e de sociedade, o que dificulta, e até mesmo impossibilita, o controle social por parte da saúde.

Diante disso, há de se questionar a priorização de financiamento público em instituições que não atendem a uma racionalidade sanitária no cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. As CTs não obedecem ao cumprimento de regramento básico constitutivo de um estabelecimento de saúde, tampouco de um estabelecimento voltado para a atenção à política de assistência social.

Algumas terminologias, como “internação” e “acolhimento”, expressam as contradições e fragilidades na natureza de tais instituições, bem como a incongruência do Estado ao assumi-las como política pública. O termo “acolhimento” é utilizado em alguns momentos para diferenciá-las dos estabelecimentos de saúde. Contudo, o termo internação ainda é utilizado por muitas CTs. Outro ponto é que os próprios usuários e familiares não conseguem distinguir, visto que muitas vezes entendem que as CTs são sinônimos de clínicas.

## Considerações finais

O Estado brasileiro, ao longo da última década, vem constituindo um modelo de atenção em álcool e outras drogas questionável do ponto de vista científico e incongruente

com os princípios constitucionais que deveriam reger as bases centrais das políticas sociais. Na contramão das propostas da RP e do SUS, transfere a execução do atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas para instituições de cunho religioso, de caráter totalizante, baseadas no serviço voluntário e com práticas assistencialistas, focadas exclusivamente na abstinência, no trabalho (não remunerado), na disciplina e na religiosidade (Passos; Gomes; Santo, 2022). Apesar de heterogêneas, as CTs operam como amálgama entre forças políticas neoliberais, conservadoras, catequéticas e de extrema direita.

No decurso da expressividade que as CTs vêm conquistando no espaço público, o uso de terminologias para identificar suas intervenções (“acolhimento”, “reinserção social”, “internação”, “cuidado”, entre outras) seguem os interesses estratégicos de cada momento e expressam as contradições e fragilidades na natureza de tais instituições e, portanto, a incongruência do Estado em assumi-las como política pública e de favorecer suas práticas interventivas sem o devido respaldo técnico-científico.

Sendo colocadas como política pública, resultam em um impacto importante nos cofres públicos. Contudo, como mencionado, não dispõem de critérios consistentes nem embasamento científico efetivo no cuidado SM. Além disso, as intervenções baseadas em religiosidade ferem o Estado laico e, quando colocadas como parte da Raps, são controversas com as perspectivas de autonomia pelas quais os serviços abertos são guiados. A autonomia não é parte dos princípios que guiam as CTs.

Nesse sentido, com o acirramento das medidas neoliberais e neoconservadoras, retoma-se uma visão da droga como representação do mal e do usuário como aquele que possui uma conduta errada; sendo assim, reforçam uma política proibicionista e para uma estigmatização e opressão desses sujeitos. A ascensão do neoliberalismo e do conservadorismo acentuou as fragilidades e evidenciou o desmonte dos serviços alinhados à RP, corroborando para as privatizações e para a regulamentação das CTs, sendo cada vez mais incentivadas pelo poder público, ligadas ao moralismo, à religiosidade e à lucratividade.

Por tudo isso, destaca-se que as CTs geram um debate na contemporaneidade e uma preocupação entre os defensores da RP e de uma lógica de cuidado em saúde mental sob a perspectiva da RD, que valorize o sujeito e favoreça a sua autonomia, tornando-o parte principal do seu cuidado. Essa preocupação circunda-se na atual ascensão desses serviços e na sua validação legal como parte da Raps, amplificada a partir do atual cenário neoliberal.

Alinhado a isso, o discurso e o fundamentalismo religioso ligados às políticas sociais representam uma ofensiva à efetivação de direitos e ainda apontam para ataques ao Estado democrático de direito. É preciso, portanto, que o poder público invista em políticas de saúde mental que considerem a diversidade dos sujeitos e respeitem os princípios da RP, em vez de oferecer soluções paliativas que os sujeitam a práticas violadoras.

**Contribuições dos/as autores/as:** Marianna Nascimento Fernandes: realizou a pesquisa e a análise dos dados, participou da elaboração e revisão final artigo; Andréia de Oliveira: participou do planejamento da pesquisa, da redação e revisão final artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

BRASIL. Lei n. 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. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm). Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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). 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html). Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.449, de 25 de outubro de 2018. Institui comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. 2018<sup>a</sup>. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449\\_01\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449_01_11_2018.html). Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. 2018<sup>b</sup>. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11, de 4 de fevereiro de 2019. 2019<sup>a</sup>. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas. 2019<sup>b</sup>. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 20 jun. 2022.

CACTOS. *Centro de apoio e recuperação de dependentes químicos*, 2020. Objetivos e tratamento. Disponível em: <https://cactosapoio.wixsite.com/cactos/projects>. Acesso em: 29 out. 2022.

CERNA. *Comunidade Terapêutica nova aliança*, 2020. Processo Terapêutico. Disponível em: <https://cerna.org.br/tratamento/>. Acesso em: 8 mar. 2023.

CFESS. *Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas*: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, DF: CFSN, 2014. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

CFP. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA ASSOCIAÇÃO ÁGAPE. *Ágape Petrolina*, 2019. Missão, visão e valores. Disponível em: <http://www.agapepetrolina.com.br/>. Acesso em: 19 set. 2022.

CONNECTAS; CEBRAP. *Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. São Paulo, abr. 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2023.

COSTA, P. H. A. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. *Serviço Social em Debate*, Brasília, v. 3, n. 2, jul. 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>. Acesso em: 2 out. 2022.

DESAFIO JOVEM. *Desafio jovem de Brasília*, 2017. Tratamento. Disponível em: <https://desafiojovem.bsb.br/tratamento/>. Acesso em: 9 mar. 2023.

ESPAÇO NOVA VIDA. *Nova vida*, 2018. Tratamentos. Disponível em: <https://www.espaconovavida.org/tratamentos>. Acesso em: 25 set. 2022.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

IPEA. *Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras*. Brasília, 2017. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf). Acesso em: 23 jun. 2022.

IPEA. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em: 7 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

NATALINO, M. A. C. Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190103\\_comunidades\\_terapeuticas\\_cap2.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas_cap2.pdf). Acesso em: 7 jun. 2021.

PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S.; SANTO, T. B. E. O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL 565/2019. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63529/0>. Acesso em: 24 jun. 2022.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9444/1/Comunidades.pdf>. Acesso em 7 jun. 2021.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 63, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TDxQbPHccjLh3FN548Db6qw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2022.

TORCATO, C. E. Breve história das drogas no Brasil: uma revisão. *Revista InterLegere*, Natal, n. 15, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://lehda.fflch.usp.br/sites/lehda.fflch.usp.br/files/upload/paginas/2014.%20TORCATO.%20uma%20historia%20da%20proibicao%20das%20drogas.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

# “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial

*“No step back, no more asylums!”: contradictions in the materialization of the anti-asylum fight*

Betina Ahlert\* 

Vitória Cravo Costa\*\* 

## RESUMO

Este artigo propõe analisar como se expressa a perspectiva antimanicomial na Política de Saúde Mental, a partir da percepção dos trabalhadores dos serviços substitutivos de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso. Os resultados analisados são fruto de entrevistas realizadas com profissionais que integram as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Concluímos que as informações colhidas demonstram a grande demanda existente nos serviços, apesar da ampliação na rede; a reprodução do preconceito empregado pelos profissionais de serviços da rede básica de saúde em relação aos usuários dos Caps; a inexistência de efetiva participação e controle social dos usuários e familiares; e a ausência de crítica em relação aos desmontes macroestruturais na Política de Saúde Mental.

**Palavras-Chave:** luta antimanicomial; política de saúde mental; Cuiabá.

## ABSTRACT

This article proposes to analyze how the anti-asylum perspective is expressed in the Brazilian Mental Health Policy, based on the perception of workers in substitute services in Cuiabá, capital of the state of Mato Grosso. The analyzed results are the result of interviews carried out with professionals who are part of the teams at Psychosocial Care Centers (CAPS). We conclude that the information collected demonstrates the great demand for services, despite the expansion of the network; the reproduction of the prejudice employed by service professionals in the basic health network in relation to CAPS users; the lack of effective participation and social control of users and family members; and the lack of criticism regarding the macrostructural dismantling of Brazilian Mental Health Policy.

**Keywords:** anti-asylum fight; mental health policy; Cuiabá.

## Introdução

A implementação das políticas sociais, dentre elas a Política de Saúde Mental, é permeada historicamente de contradições estruturais, de avanços e retrocessos, resultado próprio da correlação de for-

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80309>

\*Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.  
E-mail: asbetinaa@gmail.com.

\*\*Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.  
E-mail: vitoriacravo@hotmail.com.

Como citar: AHLERT, B.; COSTA, V. C. “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 111-123, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80309>

Recebido em 26 de julho de 2021.

Aprovado para publicação em 05 de outubro de 2021.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

ças que se institui na sociedade de classes e seus interesses antagônicos. A conjuntura atual tem sido de desmonte das garantias instituídas no campo das políticas empregadas pelas contrarreformas, com destaque, no campo da saúde, para a Emenda Constitucional nº 95/2017. Na saúde mental não tem sido diferente, já que muitas medidas têm contribuído para o retrocesso em garantias legais previstas na Lei nº 10.216/2001, nos governos de Michel Temer e seu sucessor, Jair Bolsonaro.

É no âmbito dessa conjuntura que este artigo objetiva analisar como se expressa a perspectiva antimanicomial na Política de Saúde Mental, a partir da percepção dos trabalhadores dos serviços substitutivos de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso. Esse estudo resulta de uma produção acadêmica de trabalho final de curso de graduação, que possuía como objetivo geral identificar como se expressa a perspectiva antimanicomial no desenvolvimento de estratégias na área da Política de Saúde Mental em Cuiabá (MT). Metodologicamente, foi realizado através de pesquisa documental e de campo, sendo entrevistados quatro profissionais, entre eles assistentes sociais e gestores de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que compõem a rede de serviços da cidade de Cuiabá (MT). Por realizar entrevistas ligadas a indivíduos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Humanidades) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)<sup>1</sup>.

O artigo está estruturado de forma a abordar inicialmente a constituição da rede de serviços substitutivos e a luta antimanicomial, para posteriormente apresentar os desafios para a manutenção e continuidade da implementação dos serviços de base comunitária para usuários da Política de Saúde Mental e seus familiares. O estudo finaliza através das conclusões, sempre provisórias, sobre a temática proposta.

## **A luta antimanicomial e a Política de Saúde Mental em Cuiabá (MT): história e rede de serviços**

O Movimento de Luta Antimanicomial que se estabelece no Brasil a partir da década de 1970 é reflexo da conjuntura internacional, em que o campo da saúde mental vinha sendo questionado, repensado e reestruturado em diferentes países do mundo; mas também da conjuntura nacional, num processo de ampliação dos movimentos sociais em diferentes áreas, dentre elas a saúde no Brasil, através da Reforma Sanitária, e da reabertura democrática que se processa nesse período histórico. Ambos os movimentos culminam com avanços nas garantias legais instituídas pela Constituição Federal de 1988, mesmo que esses avanços estejam restritos aos possíveis no interior do sistema capitalista de produção.

---

1 Pesquisa cadastrada no Comitê de Ética sob o número Caae: 34162820.9.0000.5690.

Face à imensa dimensão territorial, às variadas formas de apropriação e ocupação do território, bem como a diversos outros aspectos da história da formação social brasileira, o Movimento de Luta Antimanicomial se desenvolve mais intensamente na Região Sudeste do país, através de experiências como a formação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) na cidade de São Paulo, em 1987, constituindo a primeira experiência do que viriam a ser os Caps. Contudo, diferentes regiões brasileiras tiveram construídos em seus territórios grandes hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas, de forma a dar conta daquelas pessoas que não se ajustavam ao instituído socialmente e a tratar a loucura, que se colocava como um grande mistério ao campo psiquiátrico que se formara. Os manicômios cumprem durante décadas, ao preço de muitas vidas, a função social de excluir e de preservar a sociedade dos diferentes, dos revoltosos, das mulheres que engravidavam sem estarem casadas, dos questionadores, dos presos políticos e de tantos outros que tiveram suas memórias apagadas pelo eletrochoque<sup>2</sup> e pelo intenso uso de medicações.

[...] Lugar onde a violência habitava e abafava qualquer resquício de vida que pudesse existir. Local que servia como regulador social, pois se fazia morada para a exclusão e opressão de tantos marginalizados sociais, vítimas da estigmatização e do sistema capitalista. O manicômio não passava de um depósito humano que agrupava uma série de pessoas que dentre muitos estigmas que carregavam, também eram ditas improdutivas para toda uma sociedade [...]. (Basaglia *apud* Oliveira, 2011).

O movimento de questionamento a essa forma de tratamento que se processou no Brasil teve como atores centrais os trabalhadores da saúde e das instituições nas quais essa lógica vinha sendo implementada, materializados no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Tinha influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica italiano e se organizava através de congressos, encontros e iniciativas pontuais de implementação de serviços de base comunitária, incidindo sobre a modificação legal no país. Esse movimento se constituiu através de parceria com diversos movimentos e articulações em congressos de psiquiatria, apresentando uma mobilização pública e desarticulada do Estado, com o objetivo de

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (Amarante, 1998).

---

2 Atualmente chamada de eletroconvulsoterapia. Historicamente passa a ser utilizada somente em casos específicos, contudo, é um dos aspectos de desmonte recente da política. Era utilizada em conjunto com outras técnicas, como a malarioterapia, a hidroterapia, entre outras.

As reivindicações centrais do movimento eram a regularização salarial, as leis trabalhistas, a diminuição do uso desenfreado de eletrochoque, a assistência humanizada, a diminuição no número de consultas, consideradas excessivas por plantões, entre outras (Amarante, 1998). O movimento recebeu o apoio de outras entidades e retratava a luta por mudanças teórico-conceituais, técnico-assistenciais, ético-político-jurídicas e socio-culturais, com vistas a acabar com o modelo de gestão e com uma cultura hospitalocêntrica, manicomial e de desrespeito aos direitos humanos.

Cuiabá é capital do estado de Mato Grosso desde o ano 1835, tendo sido a segunda capital da província, já que a primeira – Vila Bela da Santíssima Trindade – se constituiu em área de exploração de ouro e proteção da fronteira com a Bolívia. A formação sócio-histórica deste território se dá originalmente através da ocupação de grupos indígenas, muitos dos quais foram dizimados. A captura de indígenas levou bandeirantes paulistas a adentrar esse território e descobrir a existência de ouro, que passou a ser explorado, o que trouxe, inicialmente, modificações à ocupação local. Posteriormente, outro momento fundamental na constituição populacional do estado foi quando o Estado desencadeou um conjunto de ações de ocupação da fronteira oeste e produção e modernização agrícola do país, momento em que se materializam doações e grilagens de terras no estado para proprietários privados, as chamadas colonizadoras, que passam a lotear áreas e vender lotes a pequenos agricultores migrantes, principalmente da Região Sul do Brasil.

Esse artigo não tem a intenção de aprofundar esse debate sobre a ocupação territorial, apesar de ser fundamental fazê-lo; contudo, aqui ao menos consideramos que a constituição dos serviços de saúde, ou a forma com que se processa a assistência à saúde da população (seja através do Estado, do mercado ou das instituições religiosas), não se descola desse processo anterior. Cabe o destaque de que esses processos migratórios não contavam com uma rede de serviços de saúde que acompanhasse a chamada estatal para a ocupação.

No caso de serviços de atendimento a situações de saúde mental, a história do tratamento em Cuiabá começa em 1908, com a inauguração de uma ala reservada para os chamados “alienados”, no hospital da Santa Casa da Misericórdia. A justificativa para sua criação era a de que se conseguiria conter da melhor forma os usuários se estes estivessem isolados. Nesse mesmo período, passou-se a utilizar uma chácara para abrigar e recluir os “loucos” da região do Mato Grosso. Conhecida como “Chácara dos Loucos”, era mantida pelo governo estadual e dispunha de um sistema de hospital-colônia, de recuperação através do trabalho agrícola<sup>3</sup>, prática muito conhecida nos abrigos, possuindo atendimento médico e de enfermagem voluntário e ocasional (Oliveira, 1998).

---

3 Condição que se atualiza com a laborterapia.

No ano de 1955, em decorrência de reclamações da população sobre as condições insalubres, superlotação, maus tratos e déficit de atendimentos, o governo do Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais firmam acordo para a construção de um hospital psiquiátrico em Cuiabá. Dois anos depois, foi inaugurado o Hospital Aduino Botelho. As demandas do hospital acompanhavam o aumento populacional de Cuiabá e de Mato Grosso, por essa razão, o serviço mostrava diferentes precariedades e um número maior de pacientes do que leitos: contava com 600 internos, aproximadamente, e capacidade para 250 leitos. Somava-se ao abrigo inadequado a ausência de profissionais especializados e de um órgão de coordenação das atividades de saúde mental.

Na década de 1970 ainda não estava instituída na região uma “Indústria da Loucura”<sup>4</sup>, como em outras partes do Brasil, por conta do descompasso da modernização em relação a outras regiões. O estado baseava sua didática no modelo preventivista, no qual o atendimento estava centrado primeiramente na assistência aos doentes no único hospital público, reproduzindo a lógica manicomial, mas buscava também uma política de interiorização, através de uma tentativa de descentralização. Essa tentativa acarretou o estabelecimento de uma rede hierárquica de serviços, articulada com a rede básica de saúde, com cinco polos regionais de saúde, um na capital e quatro em cidades do interior do estado. Esse modelo de atendimento é questionado e posto em intenção de mudança a partir do relatório que a Secretaria de Saúde de Mato Grosso elaborou em 1975. As mudanças propostas estão relacionadas na intenção de reorientação da assistência psiquiátrica do hospital em aspectos técnicos e administrativos. Nas décadas de 1970 e 1980, as medidas tomadas e o programa de saúde mental do estado possibilitaram apresentar números positivos em relação à ampliação do atendimento na lógica da internação. A urbanização e definições políticas tardias são plano de fundo para o aumento de demandas por serviços que devem ser instituídos via Estado, o que no campo da saúde mental era visto como a ampliação do tratamento através de estrutura hospitalar mais moderna.

Nessa ampliação da lógica manicomial, em 1989 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico privado de Cuiabá, o Instituto de Neuropsiquiatria, com capacidade inicial para 150 pacientes, mas que logo no seu primeiro ano de funcionamento foi ampliado, chegando à capacidade de 500 pacientes. Estava localizado a 20 minutos da cidade e conservava um modelo hermeticamente fechado, que utilizava as modalidades de cela-forte e camisa de força, já contestadas no Brasil pelos movimentos de crítica. No final de 1990 o instituto é incorporado à rede pública, e no ano seguinte, o Hospital Aduino Botelho é fechado para uma reforma, ficando somente a instituição particular como referência para

---

4 A “Indústria da Loucura” é reflexo do modelo privatista da saúde no Brasil de 1964. Incorporou demandas nas quais o Estado privilegiava o setor privado, criando mercadoria e financiando clientes, contribuindo também para a indústria farmacêutica. Houve grande aumento no número dos leitos em hospitais psiquiátricos privados.

a assistência psiquiátrica no estado de Mato Grosso, em conjunto com o já existente atendimento ambulatorial em centros de saúde, mas que não funcionavam de forma contínua e regular (Oliveira, 2003).

As internações no Instituto de Neuropsiquiatria aumentaram mais de 200%, o que ampliou, conseqüentemente, o número de leitos contratados pelo Sistema Único de Saúde, no ano de 1993. Esse fato contribuiu para a materialização de que uma “Indústria da Loucura que tardiamente se apresentava em Cuiabá quando, em grande parte do Brasil, a tendência era de incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e a conseqüente desospitalização” (Oliveira, 1998, p. 84).

Em 1993 o Hospital Adauto Botelho foi reinaugurado com o nome de Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (Ciaps) Adauto Botelho, funcionando como pronto-socorro, ambulatório, internação de curta permanência e hospital-dia. Contudo, apesar da reforma na sua estrutura física, que buscava atender aos princípios da Reforma Psiquiátrica, manteve o atendimento semelhante aos anos anteriores: discriminatório, centralizado e com a mesma equipe técnica.

No ano de 1995 o Conselho Municipal de Saúde propôs e aprovou a Política de Saúde Mental na cidade de Cuiabá, porém, não se constituía de um projeto de reorientação do modelo assistencial sem contradições. O encontro do conselho que discutiu a política apresentava grupos e interesses opostos: um deles formado por técnicos de saúde mental que desejavam modificações na rede de assistência de saúde mental; e outro grupo preocupado com o redirecionamento dos investimentos e recursos financeiros ligados aos altos números de internações em hospitais conveniados. Foi aprovada uma política que priorizava a desospitalização na assistência, no entanto, sem possibilitar os recursos necessários para sua efetivação.

Das mudanças que constavam na Política de Saúde Mental foi desenvolvido apenas o Ambulatório de Saúde Mental do Centro de Especialidades Médicas de Cuiabá. Esse ambulatório permaneceu como único serviço municipal de saúde mental até o ano de 2000, quando foi iniciado o atendimento em duas policlínicas, denotando poucos investimentos e serviços públicos e a priorização de serviços secundários e terciários no setor público. A implantação desrespeitava as diretrizes aprovadas nas conferências municipais, que deliberaram pela implantação de lares/abrigo para pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, pela composição de equipes multidisciplinares nas instituições e pela criação de comissão interdisciplinar de saúde mental para treinar os profissionais dos serviços das redes.

A primeira Conferência Municipal de Saúde Mental de Cuiabá foi realizada em setembro de 2001, após a aprovação da Lei nº 10.216/2001. Essa legislação dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o mo-

delo de atendimento para o modelo assistencial e para a desinstitucionalização com serviços extra-hospitalares, colocando a internação como última opção, sendo a grande conquista da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que posteriormente foi utilizada para formular a Política de Saúde Mental. Esta conferência decorreu de um fórum de discussão que escolheria os delegados de representação para a conferência estadual. Apesar de a primeira conferência municipal datar do ano de 2001, nos anos seguintes até o momento atual foi realizada somente mais uma conferência municipal e três conferências estaduais, sendo a última realizada em 2010, o que demonstra um déficit no campo do controle social.

## Desafios para a implementação dos serviços da luta antimanicomial

Após 20 anos da Política de Saúde Mental, com a Lei nº 10.216/2001, e 19 anos do Caps I na cidade de Cuiabá, o sistema de saúde e a rede de saúde mental da cidade ainda apresentam desafios, que foram percebidos através da pesquisa realizada. O primeiro deles é a grande demanda de atendimentos nas unidades dos Caps, o que pode ser observado quando analisamos o número de funcionários que integram as instituições e de equipamentos substitutivos existentes na cidade. Fica evidente que não são suficientes para o atendimento da demanda existente, sobrecarregando as instituições e os profissionais. Esse fato se relaciona e se intensifica por não haver mudança estrutural e técnica das instituições desde que foram implementadas em 2003, além de não terem sido implantados outros equipamentos em concordância com o número de habitantes na cidade, como designado pela Política de Saúde Mental.

O déficit de números de Caps, assim como a quantidade de profissionais e a qualidade de seus serviços, é fato histórico na prestação da saúde mental de Cuiabá desde seu início. Nesse sentido, as conferências estadual e municipal de saúde mental, ocorridas em 2010, já indicavam a necessidade de “garantir a implantação de Unidades de CAPS - Centro de Atenção Psicossocial (com recurso financeiro necessário e capacitação profissional) de acordo com a demanda dos municípios independentes de número de habitantes” (Mato Grosso, 2010) e “garantir a construção, ampliação e manutenção de sede própria para todas as Unidades de Saúde Mental” (Cuiabá, 2010, p. 15).

A alta demanda de atendimentos, marcada pela falta de profissionais, acaba por contribuir com a precarização do trabalho. As condições precárias de trabalho decorrem do sistema capitalista, no qual toma forma a reestruturação produtiva e a superexploração do trabalhador, materializada em espaços físicos de trabalho precarizados, na redução de direitos trabalhistas, na mudança nos vínculos empregatícios, nos níveis baixos de salários, na carga horária excessiva, entre outros.

Essa situação se intensifica com a atual reforma administrativa, que prevê um novo formato institucional para atuação do Estado, reafirmando o neoliberalismo com os discursos de ineficiência do Estado e alto custo do funcionalismo público, responsabilizando a sociedade civil no atendimento de suas necessidades através do mercado. Ocasionalmente, desta maneira, precarização dos serviços sociais a partir da escassez de profissionais, visto que a reforma tem o intuito de diminuir o quadro de funcionários, assim como privatizar e terceirizar os serviços, reduzir salários e flexibilizar as relações de trabalhos (Cavalcante, 2009). Interfere-se, assim, na redução das políticas públicas, direta ou indiretamente, como é o caso nos Caps, afetando os profissionais e conseqüentemente o atendimento dos usuários.

Uma ponderação a ser feita se refere à pandemia de Covid-19. A crise sanitária mostra-se na pesquisa como um fator agravante, visto que a procura pelo Caps aumentou. A pesquisa aponta que usuários que já haviam recebido alta e estavam sendo acompanhados por outros serviços da rede básica de saúde voltaram a procurar o Caps para o tratamento, uma vez que perceberam piora na sua condição de saúde mental em aspectos como ansiedade e convívio restrito à família:

[...] essa questão de convívio social que eles estão tendo que ter com as próprias famílias, dentro de casa às vezes desencadeia depois alguns tipos de transtorno que eles acabam tendo que ir procurar os serviços [...] crises espontâneas [desencadeando], uma certa ansiedade. (Gestor do Caps – Participante 1).

A discussão da alta demanda abre caminho para outra questão observada na pesquisa, relacionada ao trabalho em rede da saúde e saúde mental. O trabalho articulado entre os serviços de saúde e de saúde mental começa a ser efetuado a partir da Portaria GM/MS nº 3.088/2011<sup>5</sup>, que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), consolidando o atendimento integral de saúde mental. Em Cuiabá este trabalho em rede não funciona de forma totalmente integrada e é perpassado por diferentes concepções de saúde mental entre as instituições, na percepção dos entrevistados. Segundo as falas, existe resistência e estigma em receber um usuário do Caps nos serviços da atenção básica de saúde: “muito preconceito ainda, resistência de desligar do Caps e ser encaminhado para outro serviço enquanto estabiliza né, há muito preconceito ainda sobre a questão de saúde mental” (Assistente social – Participante 4).

A resistência e o preconceito de atender e acolher nas unidades de saúde acabam fazendo emergir questões do passado do usuário, ocasionando um retrocesso do seu processo de desinstitucionalização, segundo relatos. Gera-se, ainda, dificuldade por parte

---

5 Cabe informar que essa portaria foi alterada no ano de 2017, passando a incluir os hospitais psiquiátricos na atenção psicossocial.

dos usuários, que se veem coagidos com o tratamento recebido nas outras instituições de saúde, sentindo receio e medo de serem encaminhados para essas instituições.

A dificuldade de realização do trabalho em rede interfere no processo de desinstitucionalização dos usuários do Caps, em contraponto à reconstrução da autonomia, que vem sendo buscada no tratamento neste serviço. A autonomia dos usuários, possível na desinstitucionalização, perde-se na privação de liberdade quando esses são internados nos manicômios e se contrapõe à proposta dos Caps, que trabalham para recriar a liberdade do usuário “em direção a recuperação e implementação de atividades da vida cotidiana e criação de bases sociais, políticas e comunitárias” (Oliveira; Conciani, 2008, p. 171). Os serviços da rede de saúde, mas também da rede socioassistencial, orientam e acompanham os usuários após a sua alta do Caps, trazendo a importância de um trabalho de intersetorialidade e buscando uma

[...] melhora das condições de vida da população, na otimização e utilização dos recursos (financeiros, materiais e humanos) e nos ganhos de escala e de resultados. Mas é preciso esclarecer que a intersetorialidade não pode ser vista como iniciativa individual de profissionais ou equipes, requer decisões institucionais e políticas nos níveis de planejamento e de execução que rompam com a cultura política da setorização [...]. (Wanderley; Martinelli; Da Paz, 2020, p. 9).

O trabalho intersetorial rompe com a divisão colocada pelas instituições na realização dos serviços, ocasionando maior continuidade do acompanhamento do usuário. A intersetorialidade e, conseqüentemente, o trabalho em rede afirmam a perspectiva antimanicomial, além de colocar a criação de legislações e implementações de serviços como o início de uma mudança nessa perspectiva. Porém, a mudança precisa abranger a concepção de saúde mental, o rompimento de estigmas e a superação de preconceitos com os usuários em determinados serviços. Este se mostra como o desafio da rede de atendimento na cidade de Cuiabá, onde ainda estão presentes ideias vinculadas à promoção da medicalização e em que coloca-se a internação como saída primeira para o atendimento, sem observar as particularidades dos usuários.

Destaca-se que a lógica antimanicomial não se limita apenas à proibição dos manicômios, como destaca Rotelli (2001b), mas na loucura vista como periculosidade e no olhar biomédico sobre ela.

O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar da violência para consegui-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (Rotelli, 2001b, p. 91).

Uma forma apontada pelos entrevistados de mudança de perspectiva é a comunicação, entendida como um direito social “decisivo para a democratização das sociedades contemporâneas, que tem na informação e na comunicação seus principais motores políticos, econômicos e culturais” (Ramos, 2005, p. 251). A comunicação se mostra uma alternativa para a mudança, pois a partir dela pode surgir outra forma de agir e parcerias com a rede, levando possibilidade para a comunidade na forma de cultura, economia e grupos sociais mediando informações.

Quando abordamos a comunicação em saúde mental em Cuiabá, é preciso apontar a existência do Fórum Intersetorial Permanente de Saúde Mental, criado em 2014 como um dispositivo social e espaço coletivo para integrar políticas públicas e organizações não governamentais, independente de instituições, assim como a participação popular voluntária. Porém, o fórum de Cuiabá tem a particularidade de ter sido criado pela própria Secretaria Municipal de Saúde, o que faz com que a iniciativa não tenha despertado o interesse da sociedade. Além disso, há dificuldades em ultrapassar o âmbito institucional, acabando por limitá-lo à coordenação da secretaria e caracterizando-o mais como uma rede de contato do que como um espaço autônomo de participação social.

Estando o fórum estruturado dessa maneira e não existindo outros espaços de participação e controle social – a última conferência de saúde mental aconteceu há mais de dez anos –, fica demonstrada a fragilidade que existe na cidade de Cuiabá no que se refere à organização coletiva em torno dos princípios da Luta Antimanicomial e da Política de Saúde Mental. Salientamos o déficit do controle social da população e, principalmente, dos usuários dos serviços, como registrado pelos entrevistados: “[...] essa questão do controle social eu vejo que é uma participação ainda meio tímida né, longe do ideal” (Assistente Social – Participante 4).

Ainda em relação ao controle social e à perspectiva crítica em relação à análise da Política de Saúde Mental, podemos realizar uma última reflexão a partir das considerações dos entrevistados quando questionados sobre os desmontes ocorridos atualmente. Por integrarem as equipes de Caps, serviço fundamental na institucionalização do atendimento baseado na Reforma Psiquiátrica, nos surpreendeu a resposta dos entrevistados quando questionados se as mudanças ocorridas na política em âmbito nacional impactaram o trabalho institucional e se, com os desmontes, estamos nos distanciando ou aproximando da perspectiva antimanicomial. A maioria dos profissionais diz que até o momento da pesquisa não havia percebido os impactos dos desmontes. Além disso, referiram considerar que, apesar de serem pequenos passos dados a cada dia, acreditam que estão se aproximando da lógica antimanicomial.

Essa reflexão pode ser avaliada com base em diferentes fatores, e até mesmo deve considerar que talvez esteja baseada no reconhecimento de que os profissionais, no interior dos serviços, estão buscando executar seu trabalho com base nos princípios da Refor-

ma Psiquiátrica. Contudo, é impossível refletir sobre ela sem considerar que existe uma ausência de crítica e análise de conjuntura na perspectiva apontada pelos trabalhadores entrevistados, face à realidade dos desmontes no âmbito federal e ao fato de que a rede de Cuiabá se mostra atrás de outras localidades no processo de concretização da Luta Antimanicomial e da Política de Saúde Mental.

## Conclusão

O estudo demonstra que as formas de tratamento em saúde mental aconteceram na cidade de forma tardia, se comparado a outras regiões do Brasil; contudo, seguem os mesmos moldes da lógica manicomial, até mesmo quando da incorporação dos serviços substitutivos. Cabe considerar que, desde que começou a ser implementada a Lei nº 10216/2001, os serviços de saúde mental não conseguem dar conta da demanda existente de atendimento, já tendo sido assim quando foram implantados os primeiros residenciais terapêuticos. Por outro lado, hoje a rede de saúde mental, apesar das características de demanda excessiva, tem passado por uma ampliação dos serviços, o que sabemos não ser realidade em muitos municípios brasileiros.

Em decorrência disso, ao respondermos ao objetivo deste artigo através da pesquisa, consideramos o caráter contraditório e marcado por avanços e retrocessos na implementação dos serviços que compõem a perspectiva antimanicomial. Além disso, também há necessidade não só da instituição de serviços, mas de uma lógica de atendimento que deixe de ser centrada somente no modelo biomédico, avançando para uma perspectiva multiprofissional e integral do usuário dos serviços. Nesse aspecto, nos deparamos com uma questão central, que é a reprodução do preconceito em relação às pessoas que realizam acompanhamento por situações vinculadas à saúde mental. Em relação à contradição na implementação da Política de Saúde Mental, dotada da perspectiva antimanicomial, destacamos que essa contradição se reflete na ausência da perspectiva crítica na fala de alguns dos entrevistados, que não conseguem apreender os impactos de desmonte da Política de Saúde Mental – que se materializa no privilegiamento das comunidades terapêuticas, no aumento do pagamento de leitos em hospitais psiquiátricos, entre outros – no seu cotidiano profissional.

Na implementação de uma perspectiva antimanicomial, outro aspecto central é a participação e o controle social dos usuários e suas famílias na política, tanto pelo fato de a última conferência de saúde mental datar de mais de dez anos, quanto com relação às respostas apresentadas pelos profissionais quando questionados sobre a forma com que se dá a participação dos usuários nas definições em torno dos serviços. O Fórum Permanente de Saúde Mental tem se constituído como um espaço fundamental de trocas profissionais da rede de saúde mental do município, contudo, encontra-se institucionalizado pelo Estado, não funcionando como espaço de questionamento e resistência da população – tal como poderia ser.

Face à constante correlação de forças no campo das políticas sociais, com destaque para a saúde e a saúde mental, retomamos a importância de afirmar os princípios da luta antimanicomial no cotidiano dos serviços, como afirmam as palavras de ordem: “a nossa luta é todo dia! Nossa saúde não é mercadoria! Não ao desmonte e retrocessos na rede de saúde mental! Loucura não se prende, saúde não se vende! Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!” (CFESS, 2020).

**Contribuições dos/as autores/as:** Ambas as autoras participaram da concepção, elaboração e revisão do artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

CAVALCANTE, G. M. M. *A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social*. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Nota pública: somos todos contra os novos ataques à Política de Saúde Mental*. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1772>. Acesso em: 18 maio 2021.

CUIABÁ. *Relatório*. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL DE CUIABÁ, 2. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

MATO GROSSO. *Relatório final*. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MATO GROSSO, 3. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2010.

OLIVEIRA, A.G.B. de. *A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal de Mato Grosso, 1998.

OLIVEIRA, A. G. B. de. *A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. Tese de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, C. L. *O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental. In: ENCONTRO NACIONAL ABRAPSO*, 19. UFPE, Recife, Pernambuco, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, 2008.

RAMOS, M. Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. *In: MARQUES DE MELO, J.; SATHLER, L. Direitos à comunicação na sociedade da informação*. São Bernardo do Campo: Umesp, 2005.

ROTELLI, F. A instituição negada. *In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 137, 2020.

# O imbróglio da periculosidade na manutenção dos manicômios judiciais: as decisões dos desembargadores paranaenses

*The imbroglia of dangerousness in the maintenance of Judicial Asylums: the decisions of appellate court judges from Paraná*

Ana Carolina Becker Nisiide\* 

Thiago Bagatin\*\* 

Maria Lucia Boarini\*\*\* 

## RESUMO

Objetivamos com esse estudo problematizar o conceito de periculosidade e, mais do que isso, compreender quais variáveis estão sendo utilizadas no judiciário para balizar esse conceito, corroborando para manutenção da internação do sujeito em sofrimento mental. Como metodologia nos valem da pesquisa documental ao analisarmos 24 acórdãos que tramitaram entre os anos de 2001 e 2017, na segunda instância do Tribunal de Justiça do Paraná, selecionados a partir do descritor “psiquiátrica” e que eram de acesso público. Como resultados, verificamos que existe uma jurisprudência consolidada que referenda o cumprimento de medidas de segurança em manicômios judiciais, a despeito dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Constatamos ainda que a gravidade do delito, a psicopatologia diagnosticada e a ausência de crítica são fatores que contribuem para a manutenção da internação e fundamentando o imbróglio da periculosidade. Somado a isso, identificamos que a falta de suporte familiar e da Rede de Atenção Psicossocial também vêm justificando a manutenção da internação.

**Palavras-Chave:** manicômio judiciário; periculosidade; justiça; saúde mental.

## ABSTRACT

With this study, we aim to problematize the concept of dangerousness and, more than that, to understand which variables are being used in the judiciary to guide this concept and to support the maintenance of hospitalization of the subjects in mental suffering. As methodology, documentary research was used while analyzing 24 judgments that were processed between 2001 and 2017, in the appellate court at the Court of Justice of Paraná, selected from the descriptor “psychiatric” and which were publicly accessible. As a result, we verified that there is a consolidated jurisprudence that endorses compliance with security measures in judicial asylums, despite the principles of the Psychiatric Reform. We also found that the severity of the crime, the diagnosed psychopathology, and the absence of criticism are factors that contribute to maintaining hospitalization and justify the imbroglia of dangerousness. Added to this, we identified that the lack of family support and the Psychosocial Care Network (CAPS) have also been justifying the maintenance of confinement.

**Keywords:** judicial asylum; dangerousness; justice; mental health.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80310>

\*Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, PR, Brasil.  
E-mail: acnisiide@gmail.com.

\*\*Centro Universitário Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.  
E-mail: thiagobagatin@gmail.com.

\*\*\*Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.  
E-mail: mlboarini@uol.com.br.

Como citar: NISIIDE, A. C. B.; BAGATIN, T. BOARINI, M. L. O imbróglio da periculosidade na manutenção dos manicômios judiciais: as decisões dos desembargadores paranaenses. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 54, pp. 124-140, jan./abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80310>

Recebido em 25 de junho de 2021.

Aprovado para publicação em 10 de outubro de 2021.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Introdução

A reclusão da loucura, associada à transgressão da lei e da ordem, não é fato recente. A pesquisa de Santos (2006) sobre os presos da Colônia Correccional de Dois Rios, entre 1908 e 1930, retrata o público que chegava ao espaço correccional: indivíduos que não conseguiam comprovar ocupação e renda, “alcoólatras, desempregados, biscateiros, indivíduos doentes, trabalhadores pobres, mendigos, vagabundos, capoeiras, ladrões, cáftens e prostitutas” (Santos, 2006, p. 468). Desse público, parte era encaminhada aos Hospitais de Alienados, em especial os alcoolistas. Como explicitado no Código Penal de 1890, a determinação se o sujeito deveria ir para o Hospício Nacional de Alienados, para as Casas de Correção ou ser destinado ao cuidado da família era atribuído ao médico por meio da realização de “exames de sanidade mental” (Cunha; Boarini, 2016).

A virada do séc. XIX para o XX foi marcada por tensões sociais oriundas da reorganização produtiva, do crescimento abrupto das grandes cidades e do aumento da criminalidade, que serviram como pano de fundo para a construção dos primeiros manicômios judiciários. As incipientes industrialização e urbanização trouxeram consigo um novo estilo de vida com novas demandas sociais, o que requereu novas leis e instituições. Foi um momento de disputas políticas, reviravoltas científicas e desenvolvimento de novas concepções sociais e institucionais.

Em 1896 a morte do proeminente comendador Belarmino por um jovem considerado degenerado impulsionou os legisladores para ações mais incisivas. Uma das primeiras medidas foi a promulgação do Decreto nº 1132 de 1903, proibindo a manutenção dos considerados alienados em “cadeias públicas ou entre criminosos” (Brasil, 1903). Os estados que não implantassem os manicômios criminais deveriam manter os “alienados delinquentes [...] em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem”, conforme o Art. 11 do referido decreto (Brasil, 1903).

Mesmo com a promulgação do Decreto nº 1132 de 1903, demorou quase 20 anos para a implantação do primeiro manicômio judiciário (MJ) brasileiro. Primeiramente foi criado uma seção específica no Hospício Nacional para atender aos ditos degenerados e, em 1921, foi inaugurado o primeiro MJ do Brasil dirigido pelo psiquiatra Heitor Carriho (Bagatin, 2019).

A partir do Código Penal alterado em 1984, a nomenclatura dos antigos manicômios judiciários passa a ser Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ao longo do tempo, no Brasil, as instituições responsáveis pela execução das medidas de segurança adotaram nomenclaturas diversas, a exemplo do Paraná, em que é denominado de Complexo Médico Penal. Nessa pesquisa, continuaremos utilizando a nomenclatura manicômio judiciário mesmo com a sua alteração oficial, por compreendermos que essas instituições servem ainda aos propósitos manicômiais que lhes deram origem.

Passados 100 anos da implantação do primeiro MJ no Rio de Janeiro, muita água rolou por debaixo dessa ponte. Sem adentrarmos os meandros dessa história, vale citar que passamos por um modelo de atenção ao sofrimento mental prioritariamente asilar. Lutamos em prol de condições dignas de atendimento e levantamos a bandeira da Reforma Psiquiátrica. Atualmente convivemos com um modelo híbrido, em que coabitam serviços de base territorial com hospitais psiquiátricos, em um cenário de constantes embates por hegemonia.

Os avanços galgados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem como um de seus lemas mais emblemáticos: “por uma sociedade sem manicômios”, não encontraram o mesmo campo fértil quando se trata dos MJs. No Brasil, enquanto os leitos em hospitais psiquiátricos foram reduzidos, os MJs se mantiveram em crescimento. Apesar de contarmos com parcos levantamentos censitários recentes em relação a essas instituições, Diniz e Brito (2016, p. 114) revelam a sua expansão ao afirmarem que na década de 2000 elas tiveram “o maior crescimento em 90 anos de história: de 2000 a 2010, foi construído 1/4 dos manicômios judiciários brasileiros”.

A reclusão nos MJs vem atravessada pela noção de periculosidade e pelo estigma que o louco infrator carrega, estigma esse que atravessa a história e ainda se mantém presente. Como já destacou em 1930 o Dr. Heitor Carrilho, psiquiatra que cedeu seu nome ao primeiro MJ brasileiro e foi ativo participante da Liga Brasileira de Higiene Mental, os loucos presos nos manicômios judiciários eram “duplamente desgraçados: pela delinquência e pela doença” (Carrilho, 1930, p. 19). Ousamos colocar mais uma “desgraça” nessa conta, que é a de ser um louco infrator no modo de produção capitalista. A despeito do sujeito colocado nos presídios comuns, que em algum tempo pode servir de mão de obra para o capital, o sujeito em sofrimento psíquico enfrentará maiores dificuldades para produzir de acordo com os ditames e o tempo exigido pelo capital. Por isso, dificilmente entrará no circuito de exploração de mais-valia, ainda mais diante do contingente de desempregados que se avoluma.

Nesse sentido, alguns elementos atravessam o aprisionamento do louco infrator e corroboram para manutenção de instituições como os manicômios judiciários, a despeito dos avanços galgados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Assim, destacamos os casos limítrofes que acabam ganhando os holofotes da mídia, como o de “Jeckyll”, que despedaçava os corpos de suas vítimas, e o do “Vlad”, que sugava o sangue de suas vítimas, situações estudadas por Monteiro (2014). Contudo, salientamos que esses casos extremos são a exceção. Como pontua o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2015), a maioria dos aprisionados em MJs cometeram crimes de baixa periculosidade.

Outra questão que contribui para manutenção dessa instituição é a noção de periculosidade construída historicamente e associada à loucura. A pesquisa de Passos, Stumpf

e Rocha (2013) demonstra que pacientes em sofrimento mental estão mais propensos a sofrerem atos de violência, como agressões, estupros, assassinatos, furtos, negligência, entre outros. Nestes termos, aqueles que sofrem psiquicamente têm maiores taxas de vitimização do que de prática de ações violentas, “são mais vítimas que algozes” (Passos; Stumpf; Rocha, 2013, p. 191). Porém, a associação entre loucura-periculosidade-crime sobrevive como um estigma social, o que apoia, em certa medida, a conservação dos MJs.

Ainda, no rol de elementos que contribuem para a manutenção dos MJs por um século, devemos considerar, como pano de fundo, a atual fase do capitalismo brasileiro, classificada por Mascaro (2013) como pós-fordista ou neoliberal. Nessa fase, presenciemos um avanço das privatizações, desregulamentação das relações de trabalho, cortes profundos em despesas governamentais e diminuição da presença do Estado nos serviços públicos, o que corrobora para o aumento da concentração de renda e da desigualdade social. No que diz respeito aos MJs, essa conjuntura contribui para o sucateamento, que imprime uma aparência de “esquecimento” ou de incongruência com os “avanços científicos” da época. No entanto, apesar da aparência de abandono, nenhuma instituição vigora por um século se não serve aos propósitos da estrutura societária. Em suma, os MJs da atualidade estão alinhados ao propósito de toda instituição total em período de crise estrutural, qual seja, de apaziguamento das tensões sociais decorrentes da desigualdade, desregulamentação das relações de trabalho e sucateamento dos serviços públicos.

## Metodologia

A partir desse estudo pretendemos problematizar o conceito de periculosidade e, mais do que isso, compreender quais variáveis estão sendo utilizadas no judiciário para balizar esse conceito, corroborando para manutenção da internação do sujeito em sofrimento mental. Com isso, intuímos aprofundar os conhecimentos sobre os MJs e os sujeitos que o habitam, a fim de problematizar a existência, manutenção e ampliação dessas instituições híbridas e que caminham em descompasso com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O local da pesquisa foi o sítio eletrônico da segunda instância do Tribunal de Justiça do Paraná, de onde foi possível coletar 316 acórdãos e decisões monocráticas, que tramitaram entre os anos de 2001 e 2017, fazendo uso do descritor “psiquiátrica”. Optamos por processos julgados em segunda instância, por representarem uma amostra dos que transitam no Paraná. Além do mais, é possível acessar os acórdãos no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, no item consulta de jurisprudência, selecionando os que eram de acesso público e não corriam em segredo de justiça (Nisiide, 2020).

Do total de processos consultados, 24 tratam de modo específico do único Manicômio Judiciário do Paraná, denominado de Complexo Médico Penal (CMP), e que está situado em Pinhais – região metropolitana de Curitiba. O estudo do único MJ para-

naense é relevante, pois esse espaço ainda se vale dos exames de verificação de cessação de periculosidade (EVCP) para balizar a internação ou soltura do louco infrator.

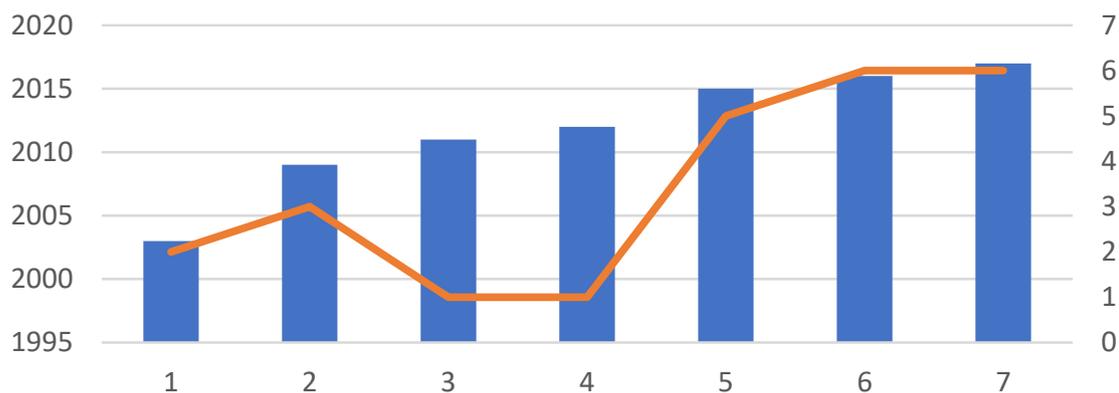
Os dados foram analisados e interpretados tomando-se por base os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Para análise, foi necessário recorrer à tensão dialética, pensando que a “[...] realidade do ser humano é, em uma medida decisiva, a produção de um aparato simbólico que não é de modo algum individual, mas sim o resultado de um complexo processo cultural, social e histórico” (Grüner, 2006, p. 102).

Por fim, salientamos que os dados coletados também impuseram algumas limitações, como a impossibilidade de acessar o processo na íntegra, deixando algumas informações em aberto. O acesso à decisão dos processos não nos permitiu a análise dos laudos técnicos na sua íntegra, mas apenas aos trechos utilizados pelos desembargadores para fundamentarem as suas sentenças. Além do mais, o estudo dos acórdãos de segunda instância nos impõe um recorte específico. Após a entrada do processo em primeira instância, dependendo da decisão judicial, as partes envolvidas podem recorrer em segunda instância. Ou seja, acreditamos que as ações que estão recorrendo da decisão da primeira instância são as que não lograram êxito para desinternação, o que, provavelmente, mostrará mais ações em que a soltura foi negada do que aquelas que obtiveram sucesso e a pessoa logrou a liberdade.

## Resultados

Quem comete um ato ilícito, comprovada a sua incapacidade ou mesmo reduzida capacidade de compreensão sobre o ato cometido, passa a ser julgado como semi-imputável ou inimputável. Não sendo possível imputá-lo penalmente, o indivíduo inimputado tem a pena reduzida ou recebe uma medida de segurança. Conforme estipulado no Art. 97 do Código Penal brasileiro (Brasil, 1940), o juiz determinará a internação ou o tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de um a três anos, perdurando enquanto não for constatada a cessação da periculosidade por avaliação médica, repetida a cada ano. Ainda em relação à aplicação da medida de segurança, o entendimento do relator ministro Sebastião Reis Júnior, do Superior Tribunal de Justiça, é de que ela não deve se “vincular à gravidade do delito perpetrado, mas à periculosidade do agente -, cabível ao magistrado a opção por tratamento mais apropriado ao inimputável, independentemente de o fato ser punível com reclusão ou detenção” (Brasil, 2017, p. 3 – grifo no original). Portanto, o que está em jogo quando discutimos a inimputabilidade penal e o destino do louco infrator é a periculosidade, conceito difuso e amparado na ordem jurídica e no saber científico (legalmente determinado pela avaliação psiquiátrica, mas que também é delegado para outras áreas de conhecimento, como a psicologia).

O recorte do nosso estudo nos levou à análise de acórdãos processuais de sujeitos inimputáveis punidos com a reclusão no MJ paranaense. Tratamos aqui de apelações criminais e de solicitações de levantamento da medida de segurança, em que o principal pedido é a mudança da pena para tratamento ambulatorial e a desinternação do Complexo Médico Penal. Quando analisamos a linha do tempo dessas solicitações, verificamos um incremento considerável entre 2015 e 2017 (figura 1), o que pode estar relacionado a vários fatores, dentre eles destacamos o aumento do aprisionamento daqueles que sofrem psicicamente. Conforme dados do Infopen (2021), em 2005 havia 663 internados no manicômio judiciário brasileiro e em 2017 esse número salta para 2564.



Fonte: elaboração própria, com base na pesquisa realizada  
**Figura 1.** Série histórica dos acórdãos relativos ao Complexo Médico Penal expressos nas decisões de saúde mental: TJ/PR, 2001 a 2017

Outro fator a ser considerado foi a implantação da Defensoria Pública (DPE-PR). O Paraná foi um dos últimos estados brasileiros a implantar a DPE-PR. Com um atraso de mais de 20 anos após a sua disposição legal na Constituição Federal de 1988, apenas em 2011 foi fundada a DPE-PR. Além disso, o Paraná é o estado com menor número de defensores públicos por 100 mil habitantes (Kowalsky, 2020). Apesar desses percalços, a contratação desses defensores pode ter contribuído para o aumento de ações questionando a manutenção do louco infrator no MJ, tendo em vista citações de defensores públicos nos acórdãos.

A possibilidade de ingressar com essas contestações se fez possível pois foi encontrado embasamento legal na recomendação do Conselho Nacional de Justiça nº 35, de 12 de julho de 2011, que sugere aos tribunais que “na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto” (CNJ, 2011). Essa recomendação reverberou na segunda instância do TJ/PR a partir de 2015. Depois dessa data todos os acórdãos citam a Lei nº 10.216 de 2001 (Brasil, 2001) como fundamento para o levantamento da medida de segurança e a continuidade do tratamento junto à Rede de Atenção Psicossocial. A título de exemplo citamos o acórdão nº 1.431.450-2 de 2015 (Brasil, 2015a),

no qual o defensor argumenta que “em consonância com a Lei 10.216/2001 (Lei ‘Antimanicomial’), dever-lhe-ia ser ofertado, preferencialmente, tratamento extra-hospitalar, visto que a sua periculosidade só é evidenciada em períodos de surto” (Brasil, 2015a, p. 2). Todavia, esse argumento não logrou êxito junto ao judiciário paranaense.

Na realidade, nenhuma das ações analisadas foi exitosa na desinternação do usuário sob o fundamento da Lei nº 10.216/01. Exceto três ações que não tiveram julgamento por perda de objeto, todas as demais resultaram na manutenção do usuário no manicômio judiciário, com decisão respaldada no entendimento de que não há incongruência entre a Reforma Psiquiátrica e a internação nestes estabelecimentos. Tanto que, quando verificamos os dados da Infopen (2021), fica claro que a aplicação das medidas de segurança diminuiu; se em 2005 esse número era de 651, em 2017 ele passou para 449, enquanto as internações aumentaram.

Dos processos analisados, mais da metade (52,1%) das decisões contou com argumentos afirmando que “o escopo da Lei 10.216/2001 e a medida de segurança prevista na lei penal são distintos, na origem e na razão de existir” pois, se a Lei Antimanicomial zela pelos portadores de transtornos mentais que não cometeram crimes, a legislação penal tem por fim submeter aos autores de crimes o tratamento compulsório (Brasil, 2016, p. 4). Para os desembargadores, a Lei da Reforma Psiquiátrica não revoga o Código Penal (Brasil, 1940) e a Lei de Execução Penal no que tange à inimputabilidade. Além disso, o acórdão 1471850-4 de 2015 (Brasil, 2015c), com base em decisão proferida por desembargador do estado de São Paulo, argumenta que a Lei nº 10.216 de 2001 “*é omissa quanto à situação daqueles que praticaram infrações graves em decorrência de transtornos mentais*” e, mais do que isso, sustenta que a própria Lei Antimanicomial, “em seu *art. 9º, indica a convivência harmônica dessa espécie de internação com as normas relativas à medida de segurança detentiva, ao dispor que ‘A internação compulsória é determinada de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente’*” (Brasil, 2015c, p. 3 – grifo no original).

Não vislumbramos, contudo, uma convivência harmônica entre essas legislações. O fim das instituições de caráter manicomial é um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e oferece fundamento à promulgação da Lei nº 10.216 de 2001. O estudo realizado por Santana e Alves (2015), com profissionais que atuam em um MJ brasileiro, evidenciou a ambiguidade dessas instituições. Não existe consenso entre os trabalhadores quanto às características e objetivos do MJ. Suas concepções transitam entre três grupos: um modelo misto de saúde e prisional, a prevalência do modelo de saúde e a prevalência do modelo prisional. Apesar de o modelo de saúde ser citado, prevalece a ideia do MJ como local de punição pelo crime cometido e controle da loucura em prol da proteção social. Para Santana e Alves (2015, p. 137), ao privilegiar os objetivos da contenção e da moralização, dificilmente essas instituições atingirão os seus objetivos terapêuticos, já que “preservando o passado da Psiquiatria e do (des)tratamento da loucura. Foram mantidas a estrutura física,

a filosofia e a política de saúde, a despeito da orientação de novas leis que regulamentam o tratamento em saúde mental”.

Apesar das mudanças na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico implementadas a partir de Lei nº 10.216 de 2001, é evidente a dificuldade de os princípios da Reforma Psiquiátrica se estenderem aos “loucos infratores”, já que nos serviços de base territorial a ênfase está no cuidado junto à família, preservando os vínculos do sujeito com o seu território, enquanto nos manicômios judiciários se mantém a lógica da psiquiatria tradicional e a prática da reclusão (Bagatin, 2019). Apesar disso, um dos argumentos que sustentou as decisões dos desembargadores é de que “*os apenados com medida de segurança são direcionados ao CMP exatamente para terem o tratamento adequado, visando a reabilitação dos mesmo [sic] à sociedade, assim que cessada sua periculosidade*” (Brasil, 2015b, p. 3 – grifo no original).

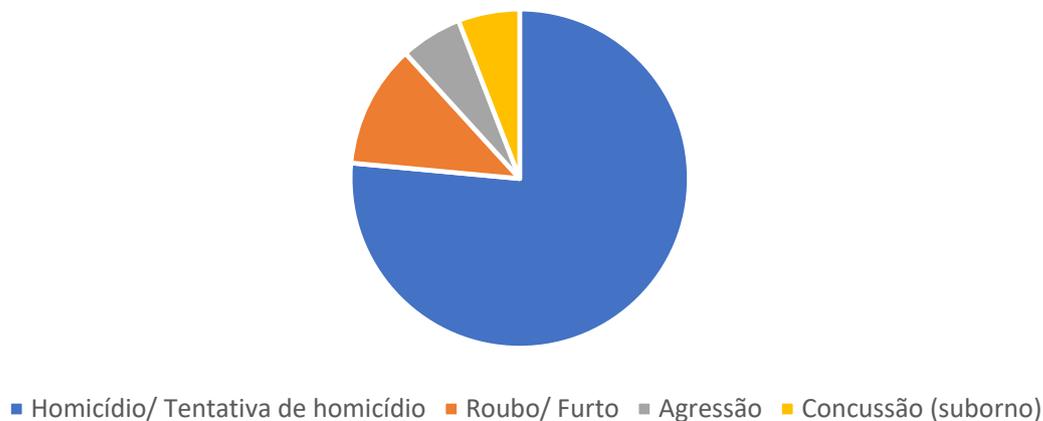
Argumento semelhante verificamos no Processo nº 1.355.571-6 (Brasil, 2015d), quando o MP afirma que “não há que se falar em serviço extra-hospitalar mais adequado, eis que o Complexo Médico Penal possui estrutura para oferecer o tratamento necessário aos internados” (Brasil, 2015d, p. 2). Ainda, na mesma linha argumentativa, a internação seria vedada em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados na Lei 10.216/01, “o que não retrata a realidade do Complexo Médico Penal, habitualmente inspecionado pelas autoridades competentes, tais como o Ministério Público e o Juiz Corregedor dos Presídios” (Brasil, 2015a, p. 5).

Ao nos depararmos com pesquisas como a de Santana e Alves (2015), questionamos que tipo de “tratamento adequado” é ofertado no MJ. Ademais, quando discutimos o Paraná, verificamos inconformidades nesse espaço, como constatado pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR, 2020), em setembro de 2020, que notificou o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico paranaense a realizar adequações sob pena de proibição da prática médica no local. Em visita técnica, o CRM-PR (2020) constatou diversas irregularidades nesse espaço envolvendo instalações físicas inadequadas, falta de recursos humanos, falta de insumos e equipamentos e limitações assistenciais que impedem a prática de profissionais de saúde e expõe a riscos os sujeitos encarcerados. Além disso, o referido conselho afirma que já foram feitas reiteradas notificações sem respostas efetivas da instituição.

No Paraná, mesmo que advogados de defesa busquem a soltura do sujeito em sofrimento psíquico sustentados nos princípios da Lei nº 10.216/2001 ou que questionem a fundamentação dos laudos emitidos atestando a continuidade da periculosidade, prevalecem as decisões judiciais que se pautam na Lei de Execução Penal e nas determinações do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP). A argumentação utilizada pelos desembargadores, tomando por base principalmente o laudo emitido pelo profissional de psiquiatria, é o da manutenção da internação caso a periculosidade não esteja cessada.

Ao analisarmos os acórdãos delimitados nesse estudo, existem três elementos que não aparecem na descrição processual, mas que, ao levantarmos os dados quantitativos, se mostraram relevantes para manutenção da internação do louco infrator: 1) o delito praticado e a sua gravidade; 2) a psicopatologia diagnosticada; 3) o não arrependimento do interno.

Quando observamos os processos que citam o delito cometido, o mais comum é o Art. 121 do Código Penal (Brasil, 1940), que diz respeito a matar alguém. De modo geral, os processos citam o artigo penal e seus agravantes. A fim de agruparmos esses dados citamos, na Figura 2, o delito que se destaca, mas, em sua maioria, eles são acompanhados por agravantes, como emprego de meio insidioso ou cruel, recurso que dificulta a defesa do ofendido, ocultação de cadáver, entre outros que repercutem a gravidade do ato praticado.



Fonte: elaboração própria, com base na pesquisa realizada

**Figura 2.** Delitos cometidos nos acórdãos relativos à inimputabilidade penal tramitando no TJ/PR: TJ/RJ, 2001 a 2017

Os acórdãos processuais da segunda instância paraense revelam que a maioria dos sujeitos que tiveram a progressão de regime negada por considerar que a sua periculosidade não foi cessada praticaram crimes envolvendo grave violência, como homicídio, e têm por diagnóstico a esquizofrenia. Essa informação dá alguns indícios sobre a forma como a avaliação da periculosidade vem sendo feita. Parece-nos que a associação entre crime e psicopatologia pode ser um dos determinantes para manutenção da reclusão, fazendo com que os sujeitos recorram à segunda instância em busca da sua libertação, a exemplo do citado no acórdão n. 1.434.845-3 de 2016, em que o juiz contra-argumenta que “o paciente encontra-se internado por haver cometido tentativa de homicídio, praticado com notável violência. Deste modo, sua colocação no convívio social deve ser analisada com intensificada cautela” (Brasil, 2016, p. 5).

Dados do CFP (2015), em inspeção aos MJs brasileiros, revelam que 47,06% das instituições referem o aprisionamento devido a delitos de menor poder ofensivo contra 11,76% de delitos graves, dando indícios de que os sujeitos estão internados, na maioria,

por crimes que representam pequeno risco social. Em contrapartida, o censo realizado por Diniz (2013) nos MJs brasileiros revelou que, dentre as 99 infrações penais identificadas, 43% se referiam a crimes contra a vida, 29% eram crimes contra o patrimônio, 15% crimes contra a dignidade sexual, 4% crimes contra a liberdade e 4% eram crimes da Lei Antidrogas. Portanto, há um descompasso entre o censo realizado por Diniz (2013) e a pesquisa do CFP (2015), o que demonstra a necessidade de dados e pesquisas recentes que desvelem a realidade dos MJs, inclusive que tragam informações sobre o perfil social e econômico dos que estão internados nestes espaços, já que esses dados foram ínfimos tanto nos acórdãos estudados quanto no Infopen (2021), camuflando as condições objetivas de vida daqueles que estão aprisionados.

No que tange à psicopatologia, a maioria dos acórdãos estudados não deixa claro qual o diagnóstico. Nos processos que os especificam ou dão indícios, verificamos o predomínio da esquizofrenia e do uso de substância psicoativa, sendo o uso de álcool e outras drogas frequentemente associado à outra psicopatologia, como, por exemplo, transtorno psicótico e transtorno de personalidade.

O único censo realizado nos MJs brasileiros revelou que os internos dessas instituições estão divididos a partir dos seguintes diagnósticos psiquiátricos: portadoras de esquizofrenia (45%), retardo mental (17%), transtornos devido ao uso de álcool e de outras drogas (12%), transtornos de personalidade (6%), epilepsia (3%), transtornos afetivos uni ou bipolares (3%), transtornos de preferência sexual (2%), transtornos mentais orgânicos (2%), outros (0,3%) e sem informação (11%) (Diniz, 2013).

Como podemos perceber, há grande variedade de diagnósticos, que vão desde à clássica esquizofrenia até a transtornos relacionados à orientação sexual. Qualquer pessoa que receba um rótulo com base nos manuais de psiquiatria e envolva-se em algum tipo de delito pode ser conduzida ao manicômio judiciário. Hoje, a internação justifica-se a partir de qualquer diagnóstico psiquiátrico, sendo que nos primórdios esta era destinada somente aos casos classificados como “degenerados”, “natos”, “de índole” e “anômalos morais”. Todas essas categorias são versões do que mais tarde ficou conhecido como “personalidades psicopáticas” ou “sociopatas” (Carrara, 2010, p. 27). Se antes os presos, por serem considerados louco-criminosos, eram os classificados como psicopatas ou sociopatas, atualmente, o leque de doenças mentais contempladas é muito mais amplo.

Cumpramos ressaltar que 74% dos laudos psiquiátricos e psicológicos analisados atestaram a periculosidade do interno, sendo utilizados como fundamentos das decisões de não levantamento da medida de segurança. Dos restantes, 13% perderam o objeto e outros 13% foram favoráveis ao tratamento ambulatorial ao invés da manutenção do interno no MJ. No entanto, mesmo nesses 13% com parecer favorável à soltura, os desembargadores

optaram pela manutenção da medida de segurança, contrariando os pareceres psiquiátricos e psicológicos. Nesses casos, os argumentos se respaldaram no fato de os laudos apresentarem condicionantes para soltura, tais como no Processo nº 57.427-5/2009: “*A psiquiatria considera cessada a sua periculosidade, contanto que possa ser encaminhado para casa de repouso, onde possa continuar a ser assistido por profissionais especializados*” (Brasil, 2009, p. 5 – grifos no original). Argumento semelhante verificamos no Processo nº 724.951-8/2011:

*entendo, que enquanto o sentenciado não for devidamente curado, deve o paciente permanecer em tratamento, sob a custódia do estado, pois do que consta nos autos mostra-se preocupante a desinternação do requerente para tratamento ambulatorial. Além do mais o mesmo não conta com o apoio familiar para auxiliá-lo no tratamento.* (Brasil, 2011, p. 2 – grifos no original).

Nota-se uma tendência dos desembargadores em manter o interno no MJ, fundamentando suas decisões nos laudos psiquiátricos e psicológicos quando esses seguirem tal orientação e, quando não, apegando-se em condicionantes presentes nos próprios laudos, como apoio familiar ou casa de repouso. Diante disso, a pergunta que fica é a seguinte: os laudos e pareceres psiquiátricos e psicológicos realmente fundamentam as decisões ou isso só ocorre quando os documentos se alinham ao propósito de manutenção do interno no MJ?

Nossa pesquisa não poderia responder pela totalidade dos laudos emitidos no Brasil, mas pelos processos analisados da segunda instância paranaense podemos afirmar que, ao menos aqui, os documentos médicos/psicológicos serviram como fundamento quando estes acompanharam o propósito de negar o pedido de soltura do interno.

A respeito do *não arrependimento do interno* como elemento relevante para a manutenção do mesmo no MJ, encontramos esses indicadores em 43,5% dos processos analisados, sendo que nos demais não podemos afirmar que eles sejam desconsiderados na formulação do laudo. Apenas foram desconsiderados no embasamento da decisão do desembargador, visto que o mesmo seleciona nos documentos médicos/psicológicos aquilo que julga mais relevante para fundamentar sua posição.

Nesses 43,5% processos que constam indicadores de que o *não arrependimento do interno* pelo crime cometido seria um fator relevante para determinar sua não soltura, encontramos frases como: “trata-se de pessoa consciente quanto aos seus atos, que não evidencia qualquer esforço no sentido de avalia-los criticamente” (Brasil, 2015d, p. 3), “em nenhum momento ele demonstrou arrependimento ou qualquer sentimento face ao crime cometido” (Brasil, 2015b, p. 3) ou, ainda, “não tem empatia pelo próximo, não vivencia arrependimento e/ou culpa” (Brasil, 2015a, p. 8).

Nessa lógica, para que haja levantamento de medida de segurança, o interno teria que desenvolver uma capacidade de análise crítica e demonstrar arrependimento. Ora, se ele está preso justamente pelo fato de ter *prejudicada a sua capacidade de analisar criticamente os fatos*, como ele poderia desenvolver o contrário? Os manicômios judiciários contam com estratégias eficazes que auxiliem os internos a desenvolverem tal capacidade, a ponto de justificar a manutenção das medidas de segurança? Pelos motivos que elencamos anteriormente, afirmamos que não. Os MJs se assemelham muito mais às prisões convencionais do que a espaços capazes de desenvolver qualquer tipo de estabilidade psicológica ou de desenvolvimento de faculdades mentais que permitam aos internos analisar criticamente ou demonstrar arrependimento.

A noção de periculosidade atribuída ao louco causa uma inversão no processo de julgamento, pois o sujeito deixa de ser condenado pelos seus atos e passa a ser penalizado por uma suposta propensão ao crime. Se a máxima *todo mundo é inocente até que se prove o contrário* vale para os considerados normais, quando se trata das pessoas com diagnósticos psiquiátricos, o dito altera-se para *todo mundo é culpado até que o exame de verificação de cessação de periculosidade prove o contrário*, pois o interno deixa de ser julgado pelas suas ações concretas e passa a ser julgado pela propensão a ações concretas.

Do nosso ponto de vista, entendemos que as transgressões às normas não resultam da incapacidade de o sujeito conter seus próprios impulsos e nem de uma determinação biológica. As ações, delituosas ou não, estão relacionadas a processos de construção de significados e de valores acerca da realidade. A personalidade, nesse sentido, implica um sistema psicológico intimamente vinculado à realidade social. Em linhas gerais, a capacidade que o sujeito tem para discernir sobre seus próprios atos depende da sua condição de se apropriar conscientemente de uma determinada realidade. O desenvolvimento dessa qualidade, fundamentalmente humana, pressupõe a interação entre subjetividade e objetividade, que considera a possibilidade de predominância de uma dimensão sobre a outra (Vygotsky, 2003, p. 149).

Mesmo nos casos envolvendo os comportamentos de pessoas com transtornos mentais, cujo diagnóstico apontaria, em tese, para uma anormalidade, os aspectos das condições objetivas permanecem como extremamente relevantes. O simples diagnóstico de transtorno mental unicamente não é determinante para caracterizar a delinquência, podendo haver discrepâncias entre as ações de indivíduos ditos normais e entre os considerados anormais. Os comportamentos, criminosos ou não, a nosso ver, devem ser caracterizados como fenômenos complexos, que resultam da interação que se produz entre os sujeitos sociais e destes com a realidade concreta, na qual a propensão ao delito pode surgir de situações favoráveis ou desfavoráveis.

Assim, não estamos diante de um conjunto de características de personalidade criminosa, e sim de uma ação resultante da interação entre diversos contextos e situações

sociais, com um conjunto de processos psicológicos superiores, afetivos e vivenciais, os quais acabariam por levar o sujeito a interpretar a situação de forma específica e a cometer ou não um crime, de acordo com o sentido que lhe atribui.

Refutamos a ideia acerca da personalidade criminosa natural e imutável na compreensão da periculosidade. A criminalidade é demasiadamente complexa, visto que o ser humano é complexo, por isso não devemos supor um modelo teórico relativamente simples para descrevê-lo. Pelas mesmas razões, somos obrigados a questionar o conceito de periculosidade, tal como tem sido definido e, principalmente, a busca, durante a avaliação psicológica, por um prognóstico definido e atribuído exclusivamente aos fatores individuais – impossível de ser alcançado justamente pelo caráter dinâmico da personalidade humana.

Se o sujeito vai ou não cometer um crime no futuro depende, dentre outras coisas, de elementos econômicos, sociais e culturais. Nas situações que envolvem pessoas com transtornos mentais, esses elementos podem ser traduzidos pelo acesso ou não a medicamentos adequados, por uma rede de atenção psicossocial estruturada e por um contexto que lhes auxiliem no manejo do sofrimento psíquico. Obviamente, devido ao caráter asilar e punitivista dos MJs, eles não são eficazes na construção de contextos que possibilitem o adequado manejo das situações de sofrimentos psíquicos, mas, ao contrário, tais instituições são certamente potencializadoras desses sofrimentos.

## Considerações finais

Diante da análise dos acórdãos e decisões monocráticas da segunda instância do judiciário paranaense, que tramitaram entre 2001 e 2017, podemos concluir que existe uma jurisprudência consolidada que referenda o cumprimento de medidas de segurança em manicômios judiciários, a despeito dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Essa jurisprudência se funda principalmente na interpretação de que a Lei nº 10.216/01 permite a internação compulsória, portanto, contra a vontade do sujeito, e ela seria omissa quanto aos casos de ilícitos graves, sendo aplicado para essas situações o Código Penal (Brasil, 1940).

Constatamos também que, embora velada, a gravidade do delito é um fator determinante para as decisões, demonstrando que os desembargadores estabelecem analogias com as penas comuns para proferir suas sentenças. O diagnóstico de alguma doença mental também é relevante nas decisões, ou seja, constatamos uma associação entre *periculosidade* e *doença mental*, como se o simples fato de o interno receber um diagnóstico implicasse uma propensão à criminalidade. Como já nos alertava Albuquerque (1978 p. 28), “de tanto a recuperação do delinquente exigir a psicologização da delinquência, que permite substituir a terapêutica à pura repressão, a própria figura do doente mental ou do ‘desajustado’ psicológico acabou ficando sujeita a uma judicialização”.

A periculosidade é, talvez, o imbróglio mais significativo presente nas decisões, pois ela é atestada, ao menos nos extratos dos laudos presentes nos processos, por meio do *não arrependimento* ou de uma *falta de análise crítica* por parte do interno. Como se o mesmo elemento que justifica a medida de segurança e não a prisão convencional (a incapacidade de julgamento do crime cometido) pudesse simplesmente desaparecer durante o período de internamento num manicômio judiciário.

Por fim, outro dado preocupante verificado nas decisões diz respeito à tendência da segunda instância paranaense em seguir as recomendações dos laudos psiquiátricos e psicológicos quando estes indicam a manutenção da medida de segurança. Nos 13% em que os documentos seguiram o sentido contrário, os desembargadores se apegaram em condicionantes menores para contrariarem os profissionais de saúde. Sendo assim, a periculosidade não é o único elemento que contribui para a manutenção do aprisionamento do sujeito em sofrimento mental. Em alguns acórdãos verificamos que, mesmo com a periculosidade sendo considerada cessada, a dificuldade em estabelecer laços com a família, a fim de oferecer suporte no momento de retorno ao território e/ou a falta de suporte ofertado pela Rede de Atenção Psicossocial, justificaram a permanência do sujeito no MJ.

**Contribuições dos/as autores/as:** Não se aplica.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

ALBUQUERQUE, J. A. G. *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

BAGATIN, T. de S. *Manicômio judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica*. Tese (doutorado em psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, PPI/UEM, 2019. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Decreto n. 1132. de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html> Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo\\_penal\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf). Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 57.427-5. Apelante: João Antônio de Lima. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator Convocado: Naor R. de Macedo Neto. Curitiba, 21 maio 2009.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 724.951-8. Apelante: João Antônio de Lima. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: Juiz Luiz Osório Moraes Panza. Curitiba, 10 mar. 2011.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 1.431.450-2. Apelante: Lucas Roberto Ribeiro Maidame. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relatora: desembargadora Lidia Maejima. Curitiba, 26 nov. 2015a.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 1.310.457-9. Apelante: Dorival de Oliveira. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: desembargador Naor R. de Macedo Neto. Curitiba, 18 jun. 2015b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 1.471.850-4. Apelante: Marcos Vanderson Arnold. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: desembargador Telmo Cherem. Curitiba, 18 dez. 2015c.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 1.355.571-6. Apelante: Sidnei Weslen Macedo da Silva. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: Desembargador Carvílio da Silveira Filho. Curitiba, 17 set. 2015d.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 1.434.845-3. Apelante: Alexandre Aquino Melo de Costa. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: desembargador Antônio Loyola Vieira. Curitiba, 7 abr. 2016.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Recurso de Agravo n. 1.680.824-7. Apelante: Aldori Rodrigues Borges. Apelado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: desembargador Miguel Kfourri Neto. Curitiba, 22 jun. 2017.

CARRARA, S. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, 2010.

CARRILHO, H. Assistência aos psicopatas delinquentes: instruções, conselhos e advertências aos enfermeiros dos manicômios judiciários. In: LIGA BRASILEIRA de Higiene Mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Ano V, v. 2, 1930. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>. Acesso em: 14 ago. 2019.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. *Inspecões aos manicômios*: Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n. 35, de 12 de julho de 2011. 2011. Disponível em: [https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao\\_35\\_12072011\\_22102012170144.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf). Acesso em: 23 maio 2021.

CRM-PR. *Complexo Médico Legal recebe indicativo de interdição ética do CRM-PR*. 2020. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Complexo-Medico-Penal-recebe-indicativo-de-interdicao-etica-do-CRM-PR-11-54696.shtml>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. A medicina com o voto de minerva: o louco infrator. *Psicologia Social*, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, dez. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822016000300442&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000300442&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 maio 2021.

DINIZ, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres, 2013.

DINIZ, D.; BRITO, L. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702016000100113&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100113&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 maio 2021.

GRÜNER, E. Leituras culpadas: marx(ismos) e a práxis do conhecimento. In: BORÓN, A.; AMADEO, J.; GONZÁLES, S. (Org.). *A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas*. Buenos Aires: Clacso, 2006.

INFOPEN. *Sistema de informações do Departamento Penitenciário Nacional*. Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/br/br>. Acesso em: 18 jan. 2022

KOWALSKY, R. L. Casos de família são a principal demanda na Defensoria Pública do Paraná. *Bem Paraná*, 2020. Disponível em: <https://www.bemparana.com.br/noticia/casos-de-familia-sao-a-principal-demanda-na-defensoria-publica-do-parana#.YKpMdS35R0t>. Acesso em: 24 maio 2021.

MASCARO, A. L. *Estado e forma política*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MONTEIRO, K. M. S. L. Assassinos seriais e os efeitos da sideração no psiquismo e no laço social. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 3, supl. 1, set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000600738&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000600738&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 maio 2021.

NISIIDE, A. C. B. *Reclames ao judiciário: o caso da saúde mental*. Tese (doutorado em psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2020. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses>. Acesso em: 18 jan. 2022.

PASSOS, A. de F.; STUMPF, B. P.; ROCHA, F. L. Vitimização de doentes mentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 40, n. 5, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832013000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000500004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 maio 2021.

SANTANA, A. F. F. de A.; ALVES, M. Realidade de um manicômio judiciário na visão de profissionais: do tratamento à segregação. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 2, abr./jun. 2015.

SANTOS, M. S. dos. Os porões da República: a colônia correcional de Dois Rios entre 1908 e 1930. *Topoi*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-101X2006000200445&lng=en&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-101X2006000200445&lng=en&nr m=iso). Acesso em: 23 maio 2021.

VYGOTSKY, L. *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martin Fontes, 2003.

# O divino despertar para além do manicômio

*Divine awakening beyond the asylum*

Olívia Barbosa Miranda\* 

Thaísa Vieira Menezes Costa\*\* 

## RESUMO

O presente relato de caso baseia-se numa experiência de desinstitucionalização ocorrida num Caps I, no interior do estado do Rio de Janeiro. Descreve o trabalho realizado pela equipe do Caps junto a um sujeito diagnosticado com transtorno mental grave e à sua família. O resgate da subjetividade e o processo de reinserção social, após anos vivendo em hospitais psiquiátricos, despontam como prioritários. O estudo traz uma reflexão sobre os desafios do processo de retorno à sociedade e o papel dos serviços substitutivos, em articulação com o papel da família e da equipe de saúde mental durante a transição do manicômio para a comunidade.

**Palavras-Chave:** desinstitucionalização; saúde mental; serviços de saúde mental; família.

## ABSTRACT

This case report is based on a deinstitutionalization experience that took place at a CAPS I, in the Rio de Janeiro state countryside. It describes the work carried out by the CAPS team with a subject diagnosed with a serious mental disorder and his family. The rescue of subjectivity and the process of social reintegration, after years of living in psychiatric hospitals, emerge as priorities. The study reflects on the challenges of the process of returning to society and the role of substitute services, in conjunction with the role of the family and the mental health team during the transition from the asylum to the community.

**Keywords:** deinstitutionalization; mental health; mental health services; family.

## Introdução

A reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada ainda na década de 1970, quando o modelo assistencial em saúde mental passou a ser questionado, coloca em xeque a perspectiva de cuidado centrada no modelo hospitalocêntrico. Desde então, diversos atores sociais, como trabalhadores de saúde mental, familiares, usuários, entre outros, vêm

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80314>

\* Universidade Geraldo Di Biasi (UGB), Volta Redonda, RJ, Brasil. E-mail: [oliviabmiranda@gmail.com](mailto:oliviabmiranda@gmail.com).

\*\* Programa de Saúde Mental de Rio Claro. Rio Claro, RJ, Brasil. E-mail: [thaisamenezes.psi@hotmail.com](mailto:thaisamenezes.psi@hotmail.com).

Como citar: MIRANDA, O. B.; COSTA, T. V. M. O divino despertar para além do manicômio. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 141-154, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80314>

Recebido em 07 de junho de 2021.

Aprovado para publicação em 05 de outubro de 2021.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

lutando por um modelo mais democrático e equânime, com vistas à inclusão social do dito portador de transtorno mental e sua inserção na vida comunitária.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) foi um marco na implementação da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, culminando na proposta de Rede de Atenção Psicossocial (Raps), composta, além dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), por outros serviços e equipamentos, tais quais: os serviços residenciais terapêuticos (SRT); os centros de convivência e cultura; serviços ambulatoriais; unidades de acolhimento e leitos de atenção integral (em hospitais gerais e Caps III). A criação do Programa de Volta para Casa – Lei nº 10.708/2003 (Brasil, 2003) – precisa ser destacada, pois regulamentar o auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos se mostrou fundamental nesse cenário, viabilizando a restituição do direito de viver em liberdade.

É inegável o avanço a partir do fechamento de inúmeros hospitais psiquiátricos desde então, sendo empreendidos contínuos esforços no intuito de consolidar as políticas públicas no campo da saúde mental, bem como sustentar e aprofundar o processo de transformação iniciado com a reforma psiquiátrica (Brasil, 2007, 2011).

Considerando o movimento atual de contrarreforma psiquiátrica, acreditamos que, ao compartilhar esse relato de experiência sobre um processo de desinstitucionalização, no interior do estado do Rio de Janeiro, seja possível contribuir para reflexão acerca dos desafios enfrentados no processo de reinserção social – quiçá inserção – dos ditos portadores de transtornos mentais na cidade. Além disso, a vasta publicação sobre o trabalho nos Caps apresenta, predominantemente, estudos que indicam características mais gerais dos serviços, não sendo tão frequentes relatos de casos exitosos, os quais podem servir de inspiração e subsidiar importantes debates.

## **Destino maravilhoso: um percurso rumo ao sujeito**

José – nome fictício, assim como os demais utilizados no relato –, 66 anos, nasceu numa pequena cidade, com cerca de 17.000 habitantes, no interior do Rio de Janeiro. Trata-se de um município de grande extensão territorial, o qual se divide em alguns distritos. Entre suas principais atividades econômicas está a agropecuária. A busca por oportunidades acaba levando muitos de seus habitantes a buscarem trabalho nas cidades vizinhas.

José, o 11º de 18 filhos, residiu em sua cidade natal até o início da vida adulta, com seus pais e irmãos. De acordo com o relato de Maria, irmã e curadora do usuário, este nasceu no ano de 1952 sem complicações no parto, sendo descrito como uma criança nervosa, que chorava constantemente e que “chegava a se esconder no mato” nessas ocasiões. Uma história de sua infância, marcante para a família, se deu aos três anos, quando

apresentou um desmaio, de causa desconhecida, em que ficou desacordado “por um dia e uma noite”, levando familiares e vizinhos a acreditarem que o menino havia morrido. Estudou até o 5º ano do ensino fundamental, sendo necessário interromper os estudos para trabalhar, apesar de gostar de estudar. Maria relata que se tratava de uma criança inteligente, mas “parou porque na roça não tinha oportunidade para dar continuidade”.

Era o “xodó da mãe”, que sentiu muito quando José, na juventude, passou a trabalhar como serviços gerais num grande estaleiro na região litorânea do estado, em cidade limítrofe à sua. Nessa época, iniciou um relacionamento amoroso com Rita – de quem gostava muito –, quando teria presenciado uma traição, episódio que Maria acredita ter sido o gatilho de sua primeira crise, no início dos anos 1970. Segundo a irmã, certa data, José chegou em casa, vindo do trabalho, quieto e se escondendo, pois dizia que “o Colégio Naval queria pegá-lo”. Toda família o ajudou a se esconder durante esse período, quando abandonou o emprego.

O conceito de crise é amplamente discutido no campo da saúde mental, coexistindo distintas concepções que vão desde um olhar restrito à irrupção ou agudização de sintomas, conforme descrito nos manuais de psicopatologia, até uma concepção mais ampliada, que encara o sujeito em sua totalidade, considerando seus vínculos de afeto, sua inserção no território e os laços sociais que estabelece. O primeiro ilustra o paradigma psiquiátrico, enquanto o segundo, o paradigma psicossocial (Moura, 2018; Ferigato; Onocko-Campos; Ballarin, 2007; Costa-Rosa, 2000).

A crise pode advir de situações inesperadas, experimentadas como um momento de intensa angústia, diante do qual o sujeito se vê sem recursos psíquicos de simbolização. Lobosque (2001 *apud* Ferigato; Onocko-Campos; Ballarin, 2007) aponta alguns traços comuns às experiências de crise, como seu caráter de invasão – ultrapassando o psiquismo e invadindo o corpo –, a perda de privacidade, o sentimento de exposição e de estar à mercê da irrupção do estranho, abalando convicções fundamentais para o sujeito que a experimenta.

Cerca de um ano depois da situação relatada, um encarregado do estaleiro apareceu na casa da família à procura do funcionário, o qual foi levado ao médico e encaminhado para sua primeira internação psiquiátrica na Região Serrana do Rio de Janeiro. Maria afirma que o irmão voltou “bem e muito gordo, lá deram um sossega leão nele [sic]”. Apesar de acompanhamento regular por um médico na cidade em que trabalhava, sofreu nova internação, um ano após a alta, dessa vez num hospital psiquiátrico na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde permaneceu por período superior a um ano.

Retornou para a casa onde residia com a família e, após um período, voltou a ficar “estranho”. Maria destaca que a família sentia muito medo de José devido a seus comportamentos agressivos, como quando a agrediu com um violão e tentou agredir a mãe com uma foice. Neste último episódio, a família fugiu de casa para se esconder no mato, com

medo das agressões perpetradas por José, que permaneceu no local. Sozinho, ele matou e esquartejou animais, espalhando pedaços de seus corpos pela casa. A intensidade da violência e o fato de uma das irmãs, Ana, estar grávida durante a fuga, marcaram muito o núcleo familiar. Sofreu sua terceira internação nessa época, num município da região Médio Paraíba, onde ficou por seis meses, tendo recebido alta após uma liberação para visitar os familiares. Logo que chegou à casa, chutou um cachorro de estimação pelo qual seu pai tinha bastante apreço, gerando um conflito entre os dois com tentativa de agressão de José ao pai. Após a briga, ele fugiu – vestindo as roupas que usaria no casamento de sua irmã Joana –, tendo sido encontrados pedaços da roupa que vestia pelo caminho. A última notícia que a família teve na época foi a de que José teria sido apreendido pela polícia ao “fazer desordem numa banca de laranjas”, numa cidade vizinha. Tais fatos teriam ocorrido já no final da década de 1970.

No início dos anos 1990, falece Lúcia, a matriarca da família, sem ter notícias de seu filho, que seguia desaparecido. Maria afirma, emocionada, ter prometido à mãe, em seu leito de morte, que encontraria o irmão e cuidaria dele.

Após algum tempo, foi deixada uma carta anônima na porta de Joaquim, também irmão de José, na qual constava a localização deste, a saber, em hospital psiquiátrico na capital. Ao receber a visita da família, José escondeu o rosto e se recusou a ver o pai, que “não quis mais saber dele”.

Ocorre outra passagem de tempo e a família recebe nova carta anônima informando o paradeiro de José, agora internado num grande hospital psiquiátrico, na Baixada Fluminense. Desta feita, Maria com seu marido e as duas filhas, Ana com seu marido e Lia, cãcula dos irmãos, organizam um transporte para visitá-lo. Tal visita teve um forte impacto sobre eles, haja vista as condições desumanas com as quais se depararam no local, além de encontrarem um José paralisado, incapaz de reconhecê-los. A partir dessa visita, os familiares se recusaram a retornar e Maria passou a visitá-lo, quando possível, às escondidas. Ela então observa uma piora progressiva no quadro apresentado pelo irmão.

São inúmeros os autores que discutem o efeito iatrogênico do hospital psiquiátrico. Conforme Desviat (2015, p. 93) aponta, “o asilo fabrica um tipo de doente crônico que chega a ser considerado como o doente crônico psiquiátrico”, independentemente do caráter intrínseco aos processos psicopatológicos – se for possível traçar fronteiras claras entre biológico e social. Fato é que se trata de um lugar de exclusão, não de promoção de saúde, e que leva a uma série de prejuízos, entre eles a perda dos vínculos familiares e da própria subjetividade.

Em 2007 se dá o primeiro contato entre Maria e o programa de saúde mental de sua cidade, onde busca informações sobre o irmão, ainda institucionalizado. Entre os anos de 2007 e 2009 são realizadas visitas ao usuário, junto com a família, no intuito de

restabelecer os vínculos familiares, além de reuniões de rede intersetorial para discussão de caso. No fim desse período, o fechamento do hospital psiquiátrico em que se encontrava passa a ser cada vez mais próximo à realidade, devido a uma série de irregularidades, sendo sugerida uma transinstitucionalização para algum estabelecimento mais próximo de seu município de origem. Em agosto de 2010 é expedido um ofício, pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, determinando sua transferência, que ocorre em setembro do mesmo ano, sendo acompanhada pela equipe de saúde mental presente na época – psiquiatra e assistente social – e por Maria. Encontram um José introspectivo, desorientado e com o pensamento desorganizado. A partir dessa mudança, família e equipe passam a acompanhá-lo periodicamente, promovendo, aos poucos, uma maior aproximação entre José e a irmã, bem como entre eles e o serviço de saúde mental.

O pedido de curatela, antes sequer cogitado por Maria, é realizado em 2011, quando ela observa, durante as visitas, alguma evolução no quadro apresentado pelo irmão. Apesar da reaproximação, desconsidera qualquer possibilidade de recebê-lo em sua casa e relata não contar com a ajuda dos demais irmãos.

A falta de uma rede de apoio reflete negativamente sobre o núcleo familiar, que sofre o impacto de assumir os cuidados do dito portador de transtorno mental, principalmente na ausência de condições necessárias para viabilizar essa reintegração. Aliadas às dificuldades materiais existentes, lidar com comportamentos considerados inadequados acabam levando à rejeição e ao desejo de manutenção da internação nos hospitais psiquiátricos por parte dos familiares (Gonçalves; Sena, 2001).

A equipe de saúde mental, em visitas ao usuário no hospital, percebe que este tem se mantido calmo e cooperativo; evidencia-se a sintomatologia psicótica crônica, marca do longo processo de institucionalização. Dessa forma, a equipe discute a importância de trabalhar o fortalecimento do vínculo familiar e propor licença para o usuário aos fins de semana. A situação se mantém nos anos subsequentes, quando são realizadas algumas discussões de caso com vistas à desinstitucionalização de José, porém sem consolidação das propostas.

Com o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e devido às irregularidades detectadas na instituição em que José se encontrava, o Ministério Público, em 2015, passa a vislumbrar seu fechamento e a emitir ofícios aos municípios de origem dos internos, de modo a reintegrá-los ao território de origem. Em 2017, são colocadas em andamento as ações que vinham sendo propostas nas inúmeras discussões de caso e reuniões de equipe do Caps, de modo a elaborar um projeto terapêutico singular (PTS) para José e reinseri-lo no território.

A partir de janeiro de 2017 inicia-se um trabalho regular de acompanhamento ao usuário e a seu núcleo familiar. Faz-se necessário destacar a importância do Ministério Pú-

blico na consolidação das propostas realizadas pela equipe técnica, uma vez que a pressão exercida pelo poder judiciário teve impacto significativo sobre a gestão do município e os familiares de José. Problemas como a dificuldade de transporte para realizações de visitas institucionais e domiciliares foram reduzidos, bem como a família se viu impelida a aderir ao projeto terapêutico proposto, construído coletivamente e considerando as relações estabelecidas ao longo da história familiar.

Um cronograma de visitas semanais ao usuário foi estipulado, sendo acordado, inicialmente, um rodízio entre os irmãos e entre os técnicos do Caps. A proposta era buscar José no hospital para que passasse o dia no Caps de sua cidade natal e retornasse no fim da tarde. Ainda nesse primeiro momento não havia um local em que ele pudesse residir, uma vez que os irmãos afirmavam não ser possível recebê-lo em suas casas por inúmeras questões – objetivas e subjetivas – e o município não conta com SRT. A aposta principal era a de que, com o estreitamento dos vínculos familiares, algumas mudanças ocorressem nesse sentido. Foram discutidas outras possibilidades como, por exemplo, o consórcio com algum município próximo que pudesse recebê-lo em sua residência terapêutica.

Iniciadas as ações, encontramos um José calmo, extremamente embotado, objetificado pelo longo período institucionalizado. Sua resposta recorrente a qualquer tipo de interpelação era “não sei”, evidenciando a falta de recursos internos e o automatismo mental. Como Goffman (2008) apontou, tais características se dão como efeitos da longa permanência numa instituição total, como o manicômio, lugar de isolamento, exclusão e vigilância, onde o mais importante é a submissão dos internos à rotina estabelecida e não a singularidade de cada sujeito que ali se encontra.

Algumas modificações no PTS inicial precisaram ser efetuadas, já que a realidade não é algo estanque. Maria passou a acompanhar a equipe em todas as visitas realizadas, por demanda dos demais irmãos – ainda amedrontados – e por algo da ordem do desejo, haja vista o vínculo entre ela e José. No que tange à equipe técnica, o rodízio ficou restrito às duas psicólogas da equipe, uma vez que as sucessivas mudanças de profissional geravam ansiedade e dificultavam o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde mental.

As visitas ao Caps também precisaram ser reavaliadas, pois sua saída abrupta, após muitos anos de internação, era algo assustador, gerando impacto, inclusive, em sua relação com a irmã. A dificuldade do paciente em sair daquele espaço era significativa. Para José, aquilo era o melhor que tinha, sendo o bastante para ele. Durante as abordagens dentro do hospital, o paciente dizia com frequência “entrar lá pra dentro”.

Uma parceria com a equipe de enfermagem do hospital foi imprescindível, em função de resistências encontradas por parte de alguns profissionais em aderir às propostas e atuarem como facilitadores no processo já iniciado. Pequenas modificações na rotina, nos dias que as visitas eram realizadas, foram importantes para o trabalho em curso.

Após esse pequeno recuo, as saídas de José foram acontecendo gradualmente – sempre acompanhadas pela família e equipe –, primeiro nos espaços dentro da instituição hospitalar, sendo ampliado para seu entorno; passando pelo centro da cidade onde o hospital psiquiátrico se situava, até que suas idas ao Caps, em sua cidade de origem, se tornassem possíveis. A partir do investimento do desejo do Outro sobre o sujeito, um resgate da subjetividade foi possível.

Cabe explicitar aqui, ainda que superficialmente, a concepção lacaniana de Outro, elemento do modelo estrutural desenvolvido por Lacan ao longo de sua obra. Ao explicar o processo de constituição subjetiva, a partir de uma leitura psicanalítica, uma das dimensões adquiridas por esse Outro é a de uma espécie de coordenada simbólica, anterior ao sujeito, a partir da qual ele irá ocupar um lugar no mundo e dar sentido a ele. Embora se trate de coordenadas simbólicas, esse Outro será encarnado pelo outro, por alguém que assumirá esse papel, em diferentes momentos da história do sujeito (Lustoza, 2006; Brauer, 1994).

Se inicialmente José se expressava, quase exclusivamente, com a frase “não sei”, aos poucos amplia seu repertório e passa a estabelecer alguns diálogos, bem como a se posicionar diante das abordagens, em especial quando se tratava de algo que não gostaria de fazer. Pequenos prazeres, como a música, foram resgatados. Aos poucos passou a expressar satisfação ao ver os irmãos – os quais tinha dificuldades em reconhecer, inicialmente –, bem como sua imagem nas fotografias tiradas durante as visitas/saídas.

Nesse ínterim, um trabalho intenso junto ao núcleo familiar foi realizado, devido a uma série de angústias suscitadas. A relação de cuidado estabelecida com a família foi fundamental para o resgate do vínculo familiar. Dentre as ações promovidas ao longo de todo o processo de trabalho, destaca-se a realização de um café da manhã no Caps, onde esteve presente a maioria dos irmãos e da equipe de saúde mental. Nesse encontro, a desinstitucionalização de José foi discutida de maneira aberta e acolhedora, sem imposição do cuidado aos familiares, mas tecendo em conjunto as redes de apoio possíveis. Em outubro de 2017, Maria decidiu assumir esses cuidados e José se mudou para sua casa, onde foram realizadas adaptações para recebê-lo, com a construção de novos cômodos.

Desde então, o usuário mantém-se estável e em acompanhamento pelo Caps. Ainda são muitos os desafios para a manutenção desse cuidado. A localidade em que a família reside dista cerca de 20km da sede administrativa do município, onde se localiza o Caps. Maria, usuária do Ambulatório de Saúde Mental, consolidou o vínculo com o dispositivo, ao qual recorre com frequência, bem como participa ativamente das ações realizadas na comunidade. José sai pouco de casa, consequência de uma vida em instituições fechadas, onde se mantém cercado pelos cuidados afetuosos da irmã. A equipe de saúde mental mantém a realização de visitas regulares, sempre com vistas à reabilitação psicossocial e sua reinserção efetiva no território.

## Os desafios e as possibilidades do processo de desinstitucionalização em um município de pequeno porte

A decisão de compartilhar esse relato de experiência baseia-se na convicção de sua capacidade ilustrativa em relação aos desafios de se realizar um processo de desinstitucionalização, em um município de pequeno porte, e no seu potencial de promover reflexões àqueles que se encontrem inseridos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, sobretudo em contextos semelhantes ao descrito.

A dificuldade de acesso ao Caps em municípios de grande extensão territorial, como o do presente relato, é uma realidade imposta pela inexistência de uma rede de transporte público adequada às necessidades da população. Nesse contexto, o papel da atenção primária é imprescindível ao cuidado, dada sua inserção e capilaridade no território. Ainda assim, o trabalho em rede é desafiador quando se trata da assistência aos usuários do serviço de saúde mental, pois ainda há grande estigma em relação aos sujeitos diagnosticados com algum transtorno mental. Há uma necessidade de diálogo permanente com a rede e a comunidade local, de modo a diluir as resistências encontradas.

Dentre os principais desafios, além das características do território, cabe citarmos o longo período de institucionalização de José; o resgate da subjetividade; a restituição e fortalecimento dos vínculos familiares; a construção de um PTS que atendesse José e sua família dentro das possibilidades do território; sua reinserção na comunidade.

Esse homem, cujo primeiro episódio psicótico se deu em meados da década de 1970, quando tinha cerca de 20 anos, teve como destino uma vida de cárcere, sendo vítima de uma lógica perversa que ceifou muitas vidas, quer sejam essas mortes físicas ou simbólicas. Casos como esse reafirmam a importância do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, de inspiração basagliana, que busca romper com o aparato psiquiátrico tradicional, refletido num conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes legitimados, no qual o manicômio se mostra como lócus de tratamento. Propõe-se, portanto, uma mudança de paradigma, em que o foco deixa de ser a terapêutica da enfermidade, voltando-se o olhar para o coletivo em detrimento exclusivo de aspectos individuais (Amarante, 1998).

A proposta de cuidado no paradigma psicossocial parte dessa mudança de perspectiva em relação ao sujeito do sofrimento psíquico, compreendido em sua “existência-sofrimento” (Kantorski *et al.*, 2011), deslocando a atenção centrada no sintoma para o olhar ampliado sobre o sujeito, conforme apontado por Freire, Ugá e Amarante (2005, p. 115):

O conceito de modelo assistencial, ou modo de atenção, como sugerido por Costa-Rosa (2002) e Costa Rosa *et al* (2003), implica a construção de novas formas de intervenção, de relações, de conceitos, na medida em que ‘não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do olhar que vê além do sintoma’ (Costa-Rosa *et al*, 2003:30). Como o modo psicossocial se insere no campo so-

ciocultural, este se traduz em uma via de atuação que possibilita trabalhar com os diversos segmentos da sociedade. É neste sentido que esse novo paradigma, que vem se constituindo em uma estratégia de atuação em saúde mental, propõe-se, efetivamente, como *substitutivo* ao modelo manicomial (ou modo asilar).

A construção de novos espaços e de novas formas de acolhimento, garantida através de todo um aparato legal no país, apesar das conquistas significativas ao longo desses anos, ainda coexiste com o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (Costa-Rosa, 2000). Muitos serviços substitutivos ainda atuam nessa lógica ao sustentarem práticas pautadas na doença e circunscritas ao Caps, produzindo outras formas de cronicidade (Costa-Rosa, 2000; Amarante, 1998).

Importante destacarmos que, mais do que novas abordagens e técnicas de tratamento, encontra-se no horizonte desse processo uma dimensão ética, em que se crê numa sociedade inclusiva, com respeito às diferenças e singularidades, onde o convívio com a chamada loucura seja possível (Onocko-Campos, 2019; Passos; Costa; Silva, 2017).

A história de José nos leva a percorrer o enredo da doença mental, os traumas e sofrimentos que o acometem e à sua família. No início, muito pouco se sabe a respeito dele, quem é este sujeito, suas preferências, escolhas e opiniões. O trabalho da equipe de saúde mental foi fundamental nessa busca por um sujeito que nem mesmo a família conhecia, viabilizando resgatar uma subjetividade esquecida e apagada por anos de institucionalização.

Uma fala de Maria sobre a promessa realizada à mãe em seu leito de morte, quando se comprometeu a encontrar José – desaparecido na ocasião – e a cuidar dele, foi determinante para o caso. Maria não tinha dimensão, porém já sinalizava o que desempenharia a função estabilizadora para o irmão: um lugar no desejo do Outro. A loucura pode ser entendida como a falta de um lugar no mundo, de pertencimento; especialmente na psicose, o delírio tenta de alguma forma preencher essa lacuna.

Figueiredo e Frare (2008, p. 89), ao destacarem o que acontece com o sujeito dentro da clínica psicanalítica, lançam luz sobre o que se dá nas relações com o outro:

Para a psicanálise, o *sujeito* está assujeitado pela linguagem que intervém a partir do campo do Outro. Não se tem acesso à sua ‘realidade’ senão através da linguagem e, portanto, é da posição que o sujeito toma diante do Outro que ali reconhecemos o que há de subjetivo e particular. Como aponta Figueiredo (2005), é necessário ter em conta que o sujeito é antes de tudo um *efeito* da intervenção do Outro, e que deve ser considerado em sua relação com o gozo, seja o gozo do sujeito em sua forma de enlaçamento ou desenlaçamento social ou o gozo do Outro que o invade de forma avassaladora.

O investimento na aproximação entre José e seus familiares foi o fio condutor de todo o processo, sendo mais evidente a possibilidade de resgate do laço e fortalecimento

de vínculo com Maria, embora todo núcleo tenha sido envolvido. A partir disso, identificou-se em José o interesse e o desejo em reencontrá-la a cada visita. Ou seja, investir nessa relação foi sem dúvida o que apontou para o tão almejado “lugar no mundo”.

O trabalho de desinstitucionalização relatado só se concretizou graças à parceria com o núcleo familiar, iniciada a partir da construção de uma relação de confiança entre estes e o Caps. No princípio, houve bastante resistência e a adesão às propostas se deu de modo compulsório, graças à intervenção do judiciário. Envolver a família na construção do PTS, de maneira acolhedora, considerando sua vulnerabilidade e a atualização de traumas do passado, diante do reencontro com esse irmão – temido e amado –, possibilitou um melhor desfecho para o caso. A equipe do Caps apostou nessa proposta, uma vez identificada a manutenção dos vínculos familiares, ainda que fragilizados num primeiro momento, além da inexistência de um SRT no município.

Conforme Cianciarullo (2002 *apud* Scandolara *et al.*, 2009) nos indica, os profissionais de saúde devem entender a importância da participação do familiar desde o início do processo e tomá-la como parceira e não como um problema. Dentre as tarefas que fazem parte do trabalho dos Caps, estão o suporte e orientação aos familiares na difícil tarefa de cuidadores, os quais permanecem desassistidos em uma série de situações. A oferta de cuidado deve ser considerada nos diversos espaços da vida, como trabalho, lazer e moradia, sendo o contexto familiar um importante agente de mudança, assim como o contexto social, tratando-se de um dos pontos cruciais para o morar em liberdade (Schneider *et al.*, 2009).

Através desse trabalho, que exige delicadeza no manejo e sustentação de uma postura ética, o retorno de José para sua cidade-casa se tornou possível. Porém, é preciso estarmos atentos ao fato de que o processo de desinstitucionalização não se dá por encerrado com a desospitalização e segue em curso.

Embora existam limitações em seu convívio social mais amplo e as relações se deem predominantemente com a família e o serviço de saúde mental, Salles e Miranda (2016) relembram a importância do cuidado singularizado, através do qual o ex-interno possa ter legitimado o seu direito a desejar e a desenvolver sua própria maneira de perceber a si mesmo e a sua realidade. Fundamental valorizar as conquistas de José até o momento, no entanto ainda há muito a avançar.

Furtado *et al.* (2016) nos alertam para o risco de uma prática de vigilância e tutela legitimadas através do conceito de território, se este for tomado de forma acrítica, desconsiderando as relações de poder e a presença de forças antagônicas, sob o risco de manutenção da segregação, ainda que em liberdade. Como possibilidade de mitigação desse risco, recomendam uma prática clínica atenta, na qual a multiplicidade das formas de existir seja acolhida.

A despeito de todas as dificuldades enfrentadas e das tentativas de desmonte das políticas públicas conquistadas após muita luta social, urge sustentarmos coletivamente o direito de essas pessoas exercerem sua cidadania. Testemunhar e promover a (re)construção dos laços familiares e sociais de José, após 40 anos institucionalizado, dá sentido ao nosso trabalho e reafirma a potência do cuidado humanizado.

Por fim, não se pode perder de vista a advertência de Costa-Rosa (2000, p. 167): “temos que nos precaver, pois não há, *a priori*, o que nos garanta um futuro sem riscos para as práticas do modo psicossocial”. Os atuais retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental retratam a disputa de forças no campo. Conforme levantamento de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), foram emitidos, no período de 2016-2019, cerca de 15 documentos normativos, com destaque para a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017), além de editada a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS (Brasil, 2019).

Trata-se de um verdadeiro desmonte dos avanços conquistados até aqui, ditando medidas como a reinserção dos hospitais psiquiátricos na Raps, a separação da política de álcool e outras drogas da política de saúde mental e o incentivo às comunidades terapêuticas, que passam a receber parte do financiamento público, só para citar alguns pontos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Onocko-Campos, 2019; Duarte, 2018). Tais mudanças vêm se dando de forma impositiva, sem construção coletiva ou participação social, deixando clara a necessidade de articulação e resistência por parte daqueles que prezam por uma saúde mental de qualidade e um cuidado humanizado. Em tempos de retrocesso, entende-se que compartilhar práticas como a retratada ao longo desse trabalho e produzir conhecimento são fundamentais, gerando esperança e fortalecendo a luta por uma sociedade inclusiva.

## Considerações finais

A desinstitucionalização desponta como um dos norteadores do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A discussão precisa levar em conta as bases atuais da nossa sociedade, excludente por si só, e de que forma é possível transformá-la cotidianamente. Não reproduzir práticas manicomiais e de tutela ao dito doente mental, bem como buscar “a cura” para seu acometimento, com base num imaginário social, é um exercício permanente.

Outro aspecto relevante é estar atento às conquistas efetuadas pelos egressos dos hospitais psiquiátricos e seus familiares, em que a sutileza e a valorização de cada pequena mudança, que aponte para o aparecimento do sujeito e o resgate de vínculos, são fundamentais. No entanto, não podemos confundir a busca por um ideal de reparação e de cura, inatingíveis, com uma prática que paralisa e justifica a manutenção do paradigma anterior.

A potência do vínculo como ferramenta terapêutica é evidenciada em todas as suas instâncias nesse trabalho. Investir na construção de relações genuínas, não hierarquizadas, em que haja cooperação mútua entre equipe, usuário, família e comunidade, mostra-se não só promotor de saúde, como de cidadania.

**Contribuições dos/as autores/as :** Não se aplica.

**Agradecimentos:** Às professoras Dra. Vera Lúcia Edais Pepe e Dra. Lilian Miranda pelas generosas contribuições e sugestões no processo de revisão do artigo. À Dra. Ana Paola Frare pelas sugestões de leitura.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm). Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: MS, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental em dados n. 8*. Brasília: MS, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf). Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de set. de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 9 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019, de 4 fev. 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 fev. 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

BRAUER, J. F. O outro em Lacan: consequências clínicas. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 5, n. 1-2, 1994. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51771994000100020&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771994000100020&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 30 out. 2020.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [livro online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hjtji/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300509](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509). Acesso em: 9 out. 2020.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DUARTE, M. J. O. Política de Saúde Mental e drogas: desafio ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604/9730>. Acesso em: 30 out. 2020.

FERIGATO, S. H.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da Unesp*, São Paulo, v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, n. 11, v. 1, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100008>. Acesso em: 10 out. 2020.

FREIRE, F. H. M. A.; UGÁ, M. A. D.; AMARANTE, P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro, 2005.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2020.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Paulo: Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de*

*Enfermagem*, São Paulo, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/1551/1596%20>. Acesso em: 20 abr. 2019.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a05.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

LUSTOZA, R. Z. A angústia como sinal do desejo do Outro. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 6, n. 1, 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482006000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100004&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 30 out. 2020.

MOURA, B. R. *A atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis*. 2018. Dissertação (mestrado em terapia ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/10081/MOURA%2C%20Beatriz%20Rocha%20.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 25 set. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300501&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300501&script=sci_arttext). Acesso em: 9 out. 2020.

PASSOS, R. G.; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. (Coord.). *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia e Sociedade*, Recife, v. 28, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369>. Acesso em: 28 out. 2020.

SCANDOLARA, A. S. *et al.* Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. *Psicologia e Sociedade*, Recife, v. 21, n. 3, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

SCHNEIDER, J. F. *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. *Ciencia y enfermería*, Chile, v. 15, n. 3, 2009. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art\\_10.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf). Acesso em: 9 out. 2020.

# Vozes da diferença: oficina midiática de rádio e a Reforma Psiquiátrica brasileira

*Voices of difference: radio media workshop and the Brazilian Psychiatric Reform*

Yago Pereira de Freitas\* 

Liane Caroline Silva Matos de Souza\*\* 

Ariadne Fantasia de Jesus\*\*\* 

Thiago Colmenero Cunha\*\*\*\* 

## RESUMO

O Espaço da Diferença integra a programação da *web* rádio comunitária Revolução FM. É produzido coletivamente com usuários dos serviços públicos de saúde mental do Instituto Municipal Nise da Silveira (RJ), sob a coordenação do Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho. Discute-se, a partir dessa iniciativa, a relação entre a Reforma Psiquiátrica brasileira junto à arte e à cultura, os tensionamentos e as possibilidades do conceito de oficina terapêutica e os benefícios do trabalho com tecnologias midiáticas na potencialização da expressividade, autonomia e trocas sociais no contexto do sofrimento psíquico. Afirma-se o programa Espaço da Diferença como oficina midiática, um projeto consonante a uma diversidade de realizações coletivas em audiovisual que se relacionam à Reforma Psiquiátrica e ao papel do Centro de Convivência no desenvolvimento desses encontros.

**Palavras-Chave:** web rádio; centro de convivência; saúde mental; oficina terapêutica; Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

Espaço da Diferença is part of the programming of the community web radio Revolution FM, and is produced collectively with users of public mental health services at the Nise da Silveira Municipal Institute (RJ), under the coordination of the Trilhos do Engenho Coexistence and Cultural Center. Based on this initiative, the relationship between the Brazilian Psychiatric Reform and art and culture, the tensions and possibilities of the concept of therapeutic workshop, and the benefits of working with media technologies in enhancing expressiveness, autonomy, and social exchanges are discussed in the context of psychological suffering. The Espaço da Diferença program is a media workshop, a project in line with a diversity of collective audiovisual achievements that are related to Psychiatric Reform and the role of the Coexistence and Cultural Center in the development of these meetings.

**Keywords:** web radio; community center; mental health; Brazilian Psychiatric Reform.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80328>

\* Universidade Santa Úrsula,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: yagopfreitas7@gmail.com.

\*\* Associação Maranathá do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: lianenave@gmail.com.

\*\*\* Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Puc-RJ),  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: fantasia.ariadne@gmail.com.

\*\*\*\* Universidade Santa Úrsula,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: colmenerocunha@gmail.com.

Como citar: Autoria. Vozes da diferença: oficina midiática de rádio e a reforma psiquiátrica brasileira. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 155-167, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80328>

Recebido em 25 de junho de 2021.  
Aprovado para publicação em 10 de setembro de 2021.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Introdução

O modo de lidar com a loucura intermediado pela arte, no Brasil, é proposto por Nise da Silveira, psiquiatra alagoana e precursora da terapia ocupacional (Câmara, 2002). Nise foi presa por contato com livros marxistas e ficou retida por 15 meses, no período de 1934-1936, no antigo presídio Frei Caneca (RJ). Lá ela encontrou grandes figuras da literatura brasileira, como Graciliano Ramos e Raquel de Queiroz. Após a soltura, a psiquiatra viveu em semiclandestinidade em relação ao regime de Vargas, passando a se dedicar aos estudos. Voltou ao serviço público em 1944 e começou a atuar no Centro Psiquiátrico Pedro II (RJ), onde revolucionou o cuidado com a loucura através da terapia ocupacional ou, como mais tarde ela irá nomear, “emoção de lidar” (Silveira, 1998). A partir dos encontros dos pacientes psiquiátricos com a arte, em especial a pintura, Nise observa o potencial expressivo e artístico presente nos pacientes e suas imagens. As possibilidades de expressão, e mais tarde de ressocialização, proporcionadas pela arte são as principais motivações da psiquiatra a fim de apostar nesse outro modo de lidar com a loucura (Silveira, 2015). Esse hospital é conhecido atualmente como Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), componente muito importante para o presente artigo.

A transformação, iniciada por Nise, é também precursora do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que surge no contexto de insatisfações populares de trabalhadores da saúde mental, de familiares e de usuários dos serviços com as condições de precariedade, maus tratos, violência e desumanização dentro dos grandes hospitais psiquiátricos. É, então, levantada a proposta de retomar o cuidado da loucura nas ruas da cidade, sem a necessidade de isolar e controlar o louco. Um dos marcos importantes da Reforma Psiquiátrica é a produção de um novo lugar para a loucura, que, antes passível de ser excluída socialmente, agora ganha espaço social e cultural (Amarante; Nunes, 2018).

Resultante disso, a Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, culmina para redirecionar o cuidado da loucura e versa sobre o direito das pessoas com transtornos mentais. Destacamos aqui a regulamentação das internações como última possibilidade de tratamento. Além disso, a lei veda a internação em instituições de caráter asilar, aquelas que não possuem recursos para a reabilitação do usuário e a sua reinserção social (Brasil, 2001). Desse modo, o conceito de território dentro do campo da saúde mental se insere com objetivo de possibilitar a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico dentro de sua comunidade, a partir de suas possibilidades e articulações, a fim de superar a lógica hospitalocêntrica de cuidado à saúde mental (Castro; Maxta, 2010).

Em outubro de 2015, o programa Espaço da Diferença se insere nesse contexto revolucionário de cuidados substitutivos ao realizar sua primeira transmissão (Centro de Convivência..., 2015). O Espaço da Diferença é um programa de *web* rádio, idealizado por um grupo que reuniu usuários dos serviços de saúde mental do Sistema Único de

Saúde (SUS) e uma equipe técnica mista em razão de criar um espaço de comunicação favorável ao fortalecimento da luta contra a segregação social e a discriminação, além de incentivar a expressão artístico-cultural e trazer visibilidade para os usuários e dispositivos de saúde mental (Siqueira *et al.*, [201-]).

Tal iniciativa é abraçada pela agenda de atividades regulares do Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho (CCCTE), que coordena as atividades coletivas de pesquisa, rodas de conversa, entrevistas, reuniões de pauta e, é claro, de produção do programa, transmitido ao vivo, semanalmente, no estúdio da Rádio Revolução FM<sup>1</sup>, a qual é um segmento do trabalho do Centro Comunitário do Instituto Municipal Nise da Silveira. A Revolução FM possui uma programação diversa (música, cultura, humor, ensino, saúde e variedades), em que o Espaço da Diferença se insere como uma parceria entre a rádio e o Trilhos do Engenho, gerida pelo encontro entre seus agentes criadores (técnicos da saúde mental, estagiários, usuários dos serviços e parceiros). As atividades são abertas ao público, embora, majoritariamente, acolham a demanda dos usuários referenciados em dispositivos de saúde e cultura situados no próprio IMNS ou nas suas proximidades.

O programa possui duração de uma hora e se divide estruturalmente nos quadros: “Informes”, “Você pode!”, “Dialogando” e “Boca livre”. No quadro “Informes” são anunciadas notícias, datas de atividades dos serviços de saúde e cultura do território, pautas referentes à luta antimanicomial, resenhas sobre atualidades, comentários esportivos, resumos de novelas e celebração de datas comemorativas. No “Você pode!” se realizam entrevistas, informações e debates mais aprofundados sobre saúde, cultura, direitos e cidadania. Já o “Dialogando” abarca a pauta principal (tema) que é escolhido previamente pelos participantes e discutido ao vivo no programa. O “Boca livre” dá vazão a toda manifestação artística, humorística ou fala espontânea que se tenha o desejo de anunciar.

Projetos como esse são vitais para a construção de espaços favoráveis à produção de autonomia, acolhimento e sociabilidades. São atores que modificam o imaginário social em relação à loucura ao inseri-la na cidade, de forma a confrontar o preconceito e a rejeição com novas vias de reciprocidade e solidariedade (Amarante, 2013). A dimensão sociocultural é de suma importância para a Reforma Psiquiátrica brasileira, desse modo, o desmonte das políticas públicas e a diminuição dos investimentos nessa área, assim como o aumento dos investimentos nas comunidades terapêuticas, retomam a lógica do cuidado centrada na doença e no isolamento, tão combatida pela Reforma Psiquiátrica (Pereira;

---

1 Segundo Fortuna (2013), a Revolução FM foi criada em 1995, sendo uma idealização coletiva, com destaque para o projeto do médico Annibal Coelho Amorim e da jornalista Taís Ladeira, integrando o centro comunitário como uma direção antimanicomial no IMNS. Ela passa por momentos de circulação interna, transmissão em baixa frequência e atualmente é exibida via *web* a partir do *link*: <http://radiorevolucao.fm.com.br/>.

Passos, 2017). O programa, então, se torna um ponto de resistência perante os retrocessos do governo, uma vez que se volta à produção de autonomia e contato com a cidade.

A relação do Espaço da Diferença com a modalidade da oficina terapêutica, no contexto do encontro entre a Reforma Psiquiátrica brasileira e as intervenções artístico-culturais, despertou análises que foram trabalhadas através de uma experiência como observador-pesquisador e participante ativo de sua produção (compreendendo todas as atividades formadoras do programa, incluindo sua transmissão em estúdio), e, posteriormente, a partir de discussões coletivas embasadas em pesquisa documental e revisão bibliográfica; dessas surgiram as reflexões constatadas no presente artigo. O programa é analisado em dois recortes de sua duração cronológica: o primeiro recorte se refere ao período de outubro de 2015 a agosto de 2017 e é estudado por meio de registros documentais de suas atividades produzidos por técnicos e usuários; já o segundo recorte compreende o período de maio a dezembro de 2019, no qual se deram as vivências com o programa.

## **Programa Espaço da Diferença e Oficina Midiática de Rádio: uma aposta na expressividade e na socialização**

O Espaço da Diferença não foi originalmente pensado como uma oficina terapêutica. A proposta da equipe inicial era um trabalho orientado por ideais sociopolíticos e artístico-culturais que apontassem para a equidade, desenvolvimento, sustentabilidade e apoio a minorias sociais, funcionando, portanto, como parceiro e divulgador da saúde mental e da vivacidade de movimentos que se dão no IMNS (Siqueira *et al.*, [2014 ou 215]). Nesse contexto, é possível traçar hipóteses sobre a evitação de significações que pudessem apontar para um modelo de atenção assistencialista ou puramente terapêutico. Um movimento similar é descrito sobre a construção da Rádio Revolução FM, trazido por Fortuna (2013) ao entrevistar Annibal Amorim (idealizador da Revolução FM):

Vale ressaltar, que segundo Annibal Amorim, a rádio não foi concebida inicialmente para tratar, não era uma oficina terapêutica, embora aquilo acabasse desencadeando um significado terapêutico para as pessoas, 'a rádio não foi concebida como mais um nicho, mais um espaço para tratar as pessoas, era um espaço onde o afeto, a música que rolava acabava desencadeando no indivíduo em uma vinculação afetiva, mas não foi concebida como um setting terapêutico'. (Fortuna, 2013, p. 103).

Há de se pensar em tantos espaços de luta, de troca, de afeto que produzem cuidado e potencializam os modos singulares de os sujeitos se relacionarem. Amarante e Torre (2017) dizem sobre um processo de independência das intervenções artístico-culturais que, no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, têm sua origem nos serviços e insti-

tuições da saúde mental, mas se distanciam desses dispositivos para ganhar outros espaços, afirmando a reforma como movimento social capaz de gerar mobilização e organização de coletivos, os quais dão continuidade e reprodução à sua visão crítica.

A construção desses espaços de contestação do lugar social da loucura e do discurso biomédico sobre a doença mental são objetivos principais para Reforma Psiquiátrica e a direcionam para além da reforma técnica dos serviços de assistência (Amarante; Torre, 2017). É necessário, contudo, trazer um olhar para esses serviços que abraçam as intervenções em arte e cultura e entender os princípios que sustentam a germinação dessas iniciativas. A começar pelo esclarecimento acerca do viés sociopolítico da oficina terapêutica, em cuja descrição pela Portaria nº 189 de 1991 do Ministério da Saúde se destacam: os princípios da expressividade, socialização e inserção social; a prática grupal e coletiva voltada para as artes e ofícios; e o caráter extra-hospitalar (Brasil, 1994).

Pesquisas, em diferentes campos, apontam para processos de trabalho similares às atividades desenvolvidas em torno do programa Espaço da Diferença (reuniões de pauta, pesquisas, seleção de temas e notícias, elaboração de matérias, contato tecnológico com a rádio, uso de arte como catalisadora). Essas experiências também convergem em resultados benéficos na socialização, comunicação, autoestima e desafios, como o de investir em autonomia, combater os preconceitos, gerir desejos e conflitos e lidar com a falta de investimento dos setores públicos. É possível citar alguns representantes, como Streppel e Palombini (2011) na psicologia social, De Faria e Santana (2014) na comunicação social, Schuhardt e Souza (2015) no Serviço Social e Ribeiro, Tomassi e Passo (2016) na terapia ocupacional. A partir do contato com essa diversidade de trabalhos, foi possível identificar que a nomenclatura de oficina de rádio não é uma concepção limitante, e sim um movimento amplo e libertador, o qual será tratado com mais profundidade a seguir.

Há uma ampla utilização de oficinas de rádio como articulação terapêutica psicossocial no cuidado de usuários da saúde mental. No Brasil, essa prática reúne 16 experiências de rádio e *web* rádio difundidas em diferentes estados – embora seja notável a concentração no eixo Sul-Sudeste. Os espaços comunitários e comerciais de rádio, associados ao serviço público de saúde mental, têm sua criação datada desde 1989 (A Rádio Tam Tam, de Santos – SP) até a primeira década dos anos 2000. Logo, conferem um movimento em direção a novas práticas substitutivas da atenção em saúde mental, as quais possuem orientações em estratégias antimanicomiais, de inclusão cidadã e valorização de subjetividades marcadas pela diferença (Fortuna; Oliveira, 2013).

O termo Oficina Midiática é capaz de definir a produção de programas de rádio ou *web* rádio, em geral, nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e engloba toda atividade regular associada a dispositivos de saúde que faz uso de ferramentas de mídia (foto, vídeo, jornal, rádio e outros veículos) para explorar as potencialidades do desejo, vínculo e expressão com usuários da saúde mental. Todavia, o essencial de uma oficina terapêutica não

está exatamente na gama de atividades mobilizadas, mas em seus princípios norteadores quanto à produção do cuidado. Nas oficinas midiáticas, em razão do campo da comunicação comunitária, a expressividade ocupa esse papel norteador do processo – entendendo-se expressividade como o exercício de ver o mundo e de se ver nele, de uma forma que convide a novas possibilidades de se construir novas identidades para si e para os outros. A orientação do trabalho, portanto, se acomoda em criar um lugar de percepção do mundo e tradução desses afetos a partir da comunicação com a própria voz (Fortuna, 2013).

Para Rauter (2000), as oficinas terapêuticas funcionam como mobilizadoras da inserção na coletividade frente ao isolamento, e tal abertura de vivência se dá a partir da arte e do trabalho. O efeito do individualismo e do capitalismo nas subjetividades contemporâneas (atravessadas ou não por diagnósticos psiquiátricos) leva a questionar sobre a forma mecanizada e segregada de estar no mundo, tão presente no cotidiano e nas instituições. Em uma outra direção, a arte e o trabalho são possibilidades para produção de desejo e socialização que têm potencial de abrir um novo direcionamento de existência no qual o sujeito se habilita a protagonizar relações, encontrar e endereçar seus desejos e criar afetos. O termo vetores de existencialização é usado pela autora para caracterizar o papel da arte e do trabalho no cuidado com a saúde mental nas oficinas terapêuticas. Essa aposta de trabalho permite a circunscrição de um novo campo de existência para os sujeitos:

Quando se deseja, por meio da arte ou do trabalho, produzir territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os ‘usuários’, torná-los cidadãos...) cresça que está se falando (a meu ver, dever-se-ia falar) não de adaptação à ordem estabelecida, mas de fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção da vida. Pois que o plano da produção desejante é também o plano de engendramento do ‘mundo humano’. (Rauter, 2000, p. 271).

Nesse ponto, é possível estabelecer uma interseção entre a expressividade de Fortuna (2013) e os vetores de existencialidade de Rauter (2000), no que tange às características singulares do território existencial criado por uma oficina midiática. No Espaço da Diferença, por exemplo, a escolha dos temas a serem apresentados pelos usuários cria diálogos amplos com tudo que faz parte da experiência desses sujeitos: o cotidiano, as memórias, as relações interpessoais, o preconceito, a política, as notícias do momento, a luta antimanicomial. Cada participante que se dispõe a falar sobre esses temas possui sua voz maximizada pelo microfone da rádio e aceita o convite para explicar ideias, percepções, queixas, paixões.

Ocupar um lugar como esse produz no usuário um engajamento que o faz livremente frequentar a oficina semana após semana, mesmo que isso não lhe seja solicitado. O que é produzido na rádio passa estritamente pela tônica do desejo dos usuários, os quais, contornados pela estrutura da oficina e pela mediação da equipe, empregam a força

motriz para a exibição do programa acontecer. Assim, o sujeito em sofrimento psíquico é convidado a contestar o papel que lhe confere a lógica manicomial, e pode ocupar, em seu lugar, o papel de comunicador em mídia radialística. Yassui (2010) fala sobre o lugar da oficina terapêutica na desconstrução do lugar de doente mental:

Este contato vivo com este universo de dramas da existência humana questiona radicalmente a doença mental como categoria central do modelo psiquiátrico hegemônico e provoca os estagiários a refletir criticamente sobre os recursos teóricos e técnicos que possuem, levando-os a buscar novas possibilidades, a inventar novos recursos. Procuramos estimulá-los a pensar as atividades em uma lógica de produção de cuidado que se oriente pelos problemas e pelas necessidades dos usuários, buscando acolher seu sofrimento, estabelecer estratégias que possam aumentar seu poder contratual, potencializar sua autonomia, melhorar a sua qualidade de vida. (Yassui, 2010, p. 175).

A produção de desejo na oficina é uma aposta política, pois o desejo é capaz de atingir a esfera revolucionária da produção de mundo e de um futuro guiado por esse desejo. Quando o desejo do usuário é tomado pelo trabalho na oficina, potencializa sua voz e produz um espaço possível para esse endereçamento. Consecutivamente, é dado um primeiro passo para que essa fruição extrapole os ambientes “controlados” do serviço em saúde mental (Rauter, 2000).

A oficina terapêutica é uma modalidade privilegiada em meio à diversidade terapêutica dos serviços substitutivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Seus eixos são a reabilitação social e o acesso à cidadania, denotando relações com o campo sociopolítico e a não restrição ao discurso dos saberes da psicologia e psiquiatria. Porém, é possível o risco de se cair novamente numa lógica manicomial, caso não haja um enfrentamento às cristalizações. Essas fazem, por exemplo, a atividade ser reduzida a um dispositivo de ocupação de tempo ocioso (acenando para ideia de que a ocupação por si reduz o sofrimento) ou fazem as relações entre os agentes (usuários dos serviços, técnicos de saúde e parceiros) serem hierarquizadas e, consecutivamente, reforçadoras de valores sociais legitimados, direcionando a uma remissão dos sintomas através de um processo de adequação dos modos de ser e agir vistos fora do padrão do normal vigente (Cedraz, 2005).

De Faria e Santana (2014) trazem exemplos de como é necessária a reflexão crítica, por parte da equipe técnica, quanto a discursos dominantes que se apresentam mesmo nos espaços dos serviços substitutivos e se impõem como obstáculos para a produção de uma atenção horizontal:

No caso da construção da Rádio Piraí, estavam presentes as memórias da psiquiatria, da psicologia, do jornalismo, da comunicação, do histórico de exclusão social da loucura, de internamentos e da Reforma Psiquiátrica, resultante, essa última, da voz e da luta de sujeitos diversos. Em outras palavras, o discurso predominante é tão institucionalizado que os usuários usam termos como

‘CAPS’, ‘luta antimanicomial’, ‘tratamento’, ‘cura’, ‘recuperação’ e ‘entrar em crise’ de modo a não perceberem que estão recorrendo à linguagem própria do especialista ou de uma política pública na saúde mental. (De Faria; Santana, 2014, p. 14).

A oficina de rádio é um espaço potencial para se valorizar a voz transpassada pelo lugar da loucura e silenciada através de séculos de marginalização social. É necessário um processo de “contracomunicação” no que se refere à contestação da hegemonia da interação comunicativa em favor de acolher o discurso do usuário da maneira como ele aparece. Para além disso, é preciso garantir um espaço no qual o louco possa falar de sua loucura e essa fala não ser acolhida por um saber técnico, mas pelo aumento do volume de voz e pela discussão horizontal – ou o mais horizontal que se possa conseguir – descontraída pelo caráter lúdico da rádio (De Faria; Santana, 2014).

Pensar uma mediação entre os diferentes discursos, pontos de vista e lugares de fala faz parte da prática de produzir um espaço de comunicação que sempre permaneça receptivo às falas que se distanciam das mídias hegemônicas. No caso da oficina de rádio, essa questão possui uma centralidade na preocupação de que a atuação mais direta dos profissionais, ou ainda dos estudantes estagiários, possa retomar uma concepção hierárquica de informação e discurso, despotencializando a fala dos usuários numa lógica que retoma a marginalização histórica. Todavia, essa preocupação pode acentuar a distância entre os saberes técnicos e os saberes da vivência:

Muito da ‘tradição’ nas rádios em saúde mental diz de uma insistência na importância de o programa ser produzido inteiramente pelas pessoas em situação de sofrimento psíquico, ou com história de tratamento psiquiátrico. O estranhamento que isso provoca faz sentir que, quanto mais se preze pela não contaminação dos profissionais e estudantes no programa, mais se dualizam os sujeitos e se mantém a dicotomia responsável pela discriminação dos ‘diferentes’. (Streppel; Palombini, 2011, p. 506).

A aposta do Espaço da Diferença está na possibilidade de o usuário conviver com outros discursos, sem que se torne menos autêntico e espontâneo. O risco de que o saber técnico se imponha é sempre um fator relevante, o que exige manter uma visão crítica que faça resistência em favor da horizontalidade, numa perspectiva de troca, de coletividade e de acolhimento à diferença. É preciso apostar na potência dos encontros, no prazer e no crescimento advindos dessas relações. Essa via de afeto é capaz de estabelecer um campo para que se inscrevam os objetivos sociopolíticos da oficina midiática de rádio, como observam Schuhardt e Souza (2015, p. 142):

É possível perceber a transformação dos usuários com relação à melhora da comunicação, o sentimento de participação de uma rádio e de pertencimento.

Um dos relatos é de um locutor que diz ter ‘muito prazer em participar da rádio, porque podemos entrevistar várias pessoas de vários segmentos da sociedade’. Outro locutor afirma ser ‘muito gostoso estar na rádio, porque temos a oportunidade de debater novos assuntos da comunidade toda semana’.

A abertura para a horizontalidade do Espaço da Diferença pode ser identificada na análise das transformações dos temas escolhidos para o quadro “Dialogando”. No primeiro trimestre do programa em 2015, as temáticas escolhidas se calcam mais nos assuntos da saúde mental, por exemplo: “evolução do tratamento psiquiátrico”, “medo na psiquiatria”, “o estigma de ser usuário de saúde mental”, “arte e saúde mental”. Já no início de 2016, começa um movimento de equilíbrio entre temas de saúde mental, sociopolíticos e aqueles voltados para afetividade, memória e experiências pessoais. Os usuários extrapolam a conversa sobre os serviços que atendem o seu sofrimento psíquico e demonstram interesse em temas como: “carnaval”, “prevenção contra DSTs”, “legalização da maconha”, “violência contra a mulher”, “homofobia”, “socialismo”, “eleições municipais”, “solidão”, “relações familiares”, “*bullying*”. Entende-se que foram dadas as condições para ampliar os horizontes da comunicação – movimento esse que não se dá a partir de uma demanda técnica, visto que os temas são criados coletivamente e selecionados via votação (Centro de Convivência..., 2015).

## Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho: pistas para um cuidado territorial

O CCCTE é um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Ele se constrói no espaço do Instituto Municipal Nise da Silveira, no bairro do Engenho de Dentro, Zona Norte do Rio de Janeiro. O instituto em questão há alguns anos passa por um processo de desconstrução do dispositivo psiquiátrico, e a partir de 2011 recebe o centro de convivência como um articulador com o território, investindo na reinserção social, autonomia e exercício pleno da cidadania através das direções da cultura e da convivência. Atualmente, o Trilhos do Engenho oferece atividades internas e externas de forma regular e possui uma agenda de passeios pela cidade renovada a cada mês, num trabalho em conjunto com os participantes.

A interação entre o Trilhos do Engenho e a Rádio Revolução FM dá um contexto privilegiado à construção do programa, pois as direções de trabalho do primeiro são compatíveis e capazes de sustentar os objetivos do programa da rádio, somando a proposta de transformação e conexão. Esses dois espaços aumentam o raio de circulação e interações sociais dos usuários que, geralmente, saem dos Caps para ir ao centro de convivência (outro espaço, outra equipe, outros colegas, outras atividades) e, posteriormente, ao estúdio de rádio no centro comunitário, ou ainda para transitar pelo cenário urbano através de atividades externas. Há um enriquecimento da experiência desse sujeito que transita por mais lugares, convive com mais pessoas e possui mais opções de atividades disponíveis ao seu desejo.

O fato de o Trilhos do Engenho ser um dispositivo em constante diálogo com o território produz novas experimentações de lugares e discursos. A ampliação dos espaços da rádio para além dos espaços assistenciais ajuda a enriquecer o horizonte das produções que se formam a cada exibição do programa. Ajuda também nas relações com o grupo, como comenta Fortuna (2013), analisando uma experiência de rádio e saúde mental: “[...] o Potência Mental tem existência fora do contexto institucional dos serviços de saúde mental de onde provêm os usuários que dele participam, o que possibilita maior fluidez e horizontalidade nas relações entre os integrantes do grupo” (Palombini; Cabral; Belloc, 2008 *apud* Fortuna, 2013, p. 76).

De Faria e Santana (2014) enxergam que a proposta dos centros de convivência pode oferecer uma base para o desenvolvimento das atividades de oficina de rádio:

No mesmo lugar, funcionam um centro de convivência, dispositivo da atual configuração da Rede de Saúde Mental, e uma associação de usuários e seus familiares. O local foi escolhido por apresentar o perfil de valorização da convivência, da inclusão social e do lúdico. Pelo próprio fato de ser um centro de convivência, dispositivo da Rede que preza pelo perfil acima, considerou-se que o projeto teria maior possibilidade de aceitação nesse lugar. (De Faria; Santana, 2014, p. 2).

Além do caso do Espaço da Diferença, foram encontradas duas experiências associando os centros de convivência a oficinas de rádio: A Rádio Piraí, que dialoga com o Centro de Convivência de Juiz de Fora (De Faria; Santana, 2014) e o Centro de Convivência de Belo Horizonte, que constrói uma oficina junto à Rádio UFMG Educativa (Ribeiro; Tomassi; Passos, 2016). As três experiências apontam os centros de convivência como parceiros potentes para a construção de tal oficina. Para Ribeiro, Tomassi e Passos (2006), o centro de convivência já insere um contexto próprio de criatividade, flexibilidade, protagonismo e solidariedade – fatores que propulsionam uma oficina de rádio.

Marcolino (2007), apoiada em Santos (2006), define o espaço de trocas sociais ao sugerir a existência de um sistema complexo de objetos, atores e ações que somam aos valores sociais e se constituem através de trocas simbólicas. Um espaço vivo, em movimento, indissociável de estatutos sociais e, portanto, de suas transformações e conservas, o que dialoga com a ideia de espaço existencial no segmento do vetor existencialidade de Rauter (2000). Esse espaço fluido, dotado de sentidos, permite ao sujeito se atentar para si, para o outro e para o mundo num sentido de constante produção. Marcolino (2007) se apoia em Sá (1973) para entender a comunicação que é a relação de interação na qual se direciona um esforço em convergir perspectivas, trocar informações, pôr-se a público. Esse direcionamento aos estatutos sociais, no esforço cooperativo de entender e ser entendido, mobiliza regras e convenções que podem isolar o diferente (estranho). Por outro lado, abre a possibilidade de negociações sociais e novas produções comunicativas. Nes-

se ponto, adquire-se uma nova percepção de espaço: o espaço da comunicação no qual se abrigam as trocas de experiências sociais significativas.

Pensar as descrições dos campos espaciais e comunicacionais que compõem o fenômeno de uma oficina de rádio é entender que o espaço do qual tratamos, para além da qualidade geográfica, é caracterizado pelas atividades, afetos, encontros e potencialidades que nele se desenvolvem – sobrepõem-se ainda um espaço de tempo com qualidades de duração, frequência e memória e um espaço simbólico dotado de uma miríade de significados produzidos nos contextos antes apontados (Marcolino, 2007). O programa Espaço da Diferença produz um campo, formando um espaço social e um espaço de comunicação, do qual continuam a surgir articulações de desejo, de afeto e de pensamento crítico.

## Conclusão

A análise presente se dedica à descrição e compreensão do programa Espaço da Diferença em alguns de seus atravessamentos. Direciona a refletir sobre a possibilidade de classificar o programa como uma oficina terapêutica e investiga os desdobramentos causados pela interação com o Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho. São levantados dados que desenham um retrato das potencialidades e desafios desse esforço coletivo, o qual representa uma resistência diante do contexto sociopolítico de desmonte da saúde pública.

Aponta-se que a práxis do Espaço da Diferença remete a uma oficina midiática, uma vez que: é pautado na expressividade de seus participantes, possibilitando processos de subjetivação através da troca de experiências sociais significativas; confere um espaço vivo e em movimento no qual os sujeitos estão livres para se implicar nas relações em curso e se conectar com a vida e o social; produz desejo, autonomia, socialização, autoestima, lazer e cidadania sob a orientação de um eixo de técnicas radialistas. Portanto, é afirmativo que o trabalho no Espaço da Diferença, de usuários da saúde mental, da equipe do CCCTE e de seus parceiros constrói um novo espaço existencial.

**Contribuições dos/as autores/as:** Todos os autores participaram da concepção, elaboração e revisão do artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência Saúde Coletiva [online]*, v. 23, n. 6, 2018.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da saúde mental no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]*, v. 21, n. 63, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental (hospitais psiquiátricos). *Diário Oficial da União*, 30 jan. 1994.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Diário Oficial*, 2001.
- CÂMARA, F. Vida e obra de Nise da Silveira. *História da Psiquiatria Online*, v. 7, n. 9, set. 2002.
- CASTRO, L.; MAXTA, B. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.
- CEDRAZ, A. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza (CE), v. 5, n. 2, set., 2005.
- CENTRO DE CONVIVÊNCIA e Cultura Trilhos do Engenho. *Livro de reunião de pauta do Programa Espaço da Diferença*. Rio de Janeiro: Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho, 2015.
- DE FARIA, A. F.; SANTANA W. A. *Comunicação e saúde mental: a experiência da Rádio Pirai e os discursos sobre a loucura*. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, 12, Peru, 2014.
- FORTUNA, D. B. S. *O papel do rádio no campo da saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: estudo de caso da Web Rádio Revolução FM*. Dissertação (mestrado em informação e comunicação em saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.
- FORTUNA, D. B. S.; OLIVEIRA, V. C. Mapeamento das práticas comunicacionais radiofônicas como terapia psicossocial nos serviços de saúde mental no Brasil. *Reciis, Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, fev. 2013.
- MARCOLINO, E. M. *Comunicação e saúde mental: estudo de caso da TV Pinel no Brasil e do espaço de comunicação no Hospital Psiquiátrico de Havana*. Dissertação (pós-graduação em comunicação social) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, São Paulo, 2007.

PEREIRA, M.; PASSOS, R. Desafios contemporâneos na luta antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: PEREIRA, M.; PASSOS, R. (Org.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

RIBEIRO, R. C. F.; TOMASSI, A. R. P.; PASSOS, I. C. F. Do silêncio à voz: a experiência da construção de uma oficina de rádio em um centro de convivência no município de Belo Horizonte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 8, n. 18, 2016.

SÁ, A. (Org.). *Fundamentos científicos da comunicação*. Petrópolis: Vozes, 1973.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnicas e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SCHUHARDT, B. C.; SOUZA, A. M. Programa de rádio “Mentes e vertentes”: uma experiência em reabilitação psicossocial. *Revista Maiêutica em Serviço Social*, Indaial (SC), v. 3, n. 1, 2015.

SILVEIRA, N. *Gatos e a emoção de lidar*. Rio de Janeiro: Léo Cristiano Editorial, 1998.

SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*. Petrópolis: Vozes, 2015.

SIQUEIRA, R. et al. Programa Espaço da Diferença. *Arquivos do Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho*, Rio de Janeiro, [201-?].

STREPPEL, F. E.; PALOMBINI, A. L. Devir-loucura no rádio: uma experiência em saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, n. 3, set.-dez. 2011.

YASSUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

# Breve cartografia do Instituto Municipal Nise da Silveira: o cuidado pela arte e cultura

*Brief cartography of the Nise da Silveira Municipal Institute: care through art e cultura*

Renata Patricia Forain de Valentim\* 

Mariah Martins\*\* 

## RESUMO

Este artigo tem como propósito uma breve cartografia das formas de cuidado pela arte e cultura no Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), mapeando, na história da ocupação de seu território pelo lúdico e pelo artístico, os avanços e retrocessos das políticas nacionais para a saúde mental. Seu objetivo é refletir sobre como o uso da arte na reinvenção existencial de sujeitos institucionalizados conseguiu se construir e se manter naquela instituição, resistindo aos ataques e desmontes dos sucessivos governos e direções, servindo como proposta de novos meios de tratamento e funcionando como um modo de resistência ao manicômio.

**Palavras-Chave:** desinstitucionalização; arte e cultura; Instituto Municipal Nise da Silveira; Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The purpose of this article is a brief cartography of the history of forms of care through art and culture at the Nise da Silveira Municipal Institute (IMNS). It also maps the advances and setbacks of national policies for the mental health in the history of occupation of its territory by the playful and artistic. The objective is to reflect on how the use of art in the existential reinvention of institutionalized people was built and maintained in that institution, resisting the attacks and dismantling of successive governments and directions, serving as a proposal for new means of treatment and working as a way of resistance to the asylum.

**Keywords:** deinstitutionalization; art and culture; Nise da Silveira Municipal Institute; psychiatric reform.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80332>

\* Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [renatapfvalentim@gmail.com](mailto:renatapfvalentim@gmail.com)

\*\* Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [mariahmartinsuerj@gmail.com](mailto:mariahmartinsuerj@gmail.com)

Como citar: VALENTIM, R. P. F. de; MARTINS, M.. Breve cartografia do Instituto Municipal Nise da Silveira: o cuidado pela arte e cultura. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 168-180, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80332>

Recebido em 25 de junho de 2021.

Aprovado para publicação em 10 de outubro de 2021.



## Introdução

A cada passo dado no Instituto Municipal Nise da Silveira esbarra-se com a memória de sua mais ilustre representante, aquela que revolucionou o trato com a loucura e que hoje dá nome ao instituto. Ainda estão por lá os descendentes dos primeiros gatos coterapeutas, que a ajudaram na lida com os pacientes; está também o Museu do Inconsciente, importante centro de estudos e pesquisas, que reúne as obras produzidas em suas oficinas expressivas de pintura e modelagem. Além disso, transbordam por ali inúmeros projetos terapêuticos, que herdaram seu fascínio pelas formas representacionais e estéticas produzidas pela loucura: Loucura Suburbana, bloco de carnaval; Trilhos do Engenho, centro de convivência; Espaço Travessia, pontos de referência e apoio aos artistas plásticos e às formas alternativas de cuidado; Espaço Aberto ao Tempo, que mais tarde se torna o Caps EAT Severino dos Santos; entre outros dispositivos que atuaram pelo viés da arte e da cultura.

Mas, a cada passo dado no instituto, tem-se também a percepção de ser impregnado por outras marcas. O lúgubre dos enormes edifícios vazios e condenados; a casa verde, antiga escola de formação de enfermeiras Ana Nery, um dos únicos edifícios remanescentes da antiga Colônia de Psicopatas, uma pequena casa situada no meio do instituto, cercada por telas de arame, onde até o ano de 2019 ainda se podiam ouvir gritos e ver pacientes nus, deitados no chão, contrastando cruelmente com toda a vida produzida em seu redor. O estranhamento se conserva e parece derivar principalmente da coexistência de diferentes camadas históricas em um mesmo espaço físico, de estarem presentes as marcas de 1911, data de fundação da colônia, mas também as de 2021, ano em que se fecham os últimos leitos de internação no instituto. Hoje, o antigo Pavilhão Ana Nery é o Memorial da Loucura do Engenho de Dentro, espaço reservado à preservação e produção de memória do que foi a instituição.

Partindo destas primeiras impressões, este artigo tem como propósito uma breve cartografia das formas de cuidado pela arte desenvolvidas no Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), mapeando, na história da ocupação de seu território pelo lúdico e pelo artístico, os avanços e retrocessos das políticas nacionais para a saúde mental. Isso porque o método cartográfico, como nos lembram Barros e Kastrup (2015), implica a compreensão desta “espessura processual” complexa que é trazida pelo território. Significa, entre outras coisas, reativar as articulações históricas e a rede de forças à qual o objeto em questão encontra-se desde sempre conectado, mergulhando na intensidade do presente para dar fala aos afetos que historicamente construíram as formas de habitar um determinado território.

Como ressaltam Passos e Barros (2015), cartografar não significa uma ação sem direção. A cartografia apenas reverte o sentido tradicional de um caminhar para alcançar

a compreensão de um objeto, em metas pré-fixadas, para um percurso orientado pelas pistas que vão se oferecendo ao longo do próprio percurso. Em uma avaliação constante de seus efeitos, do processo e dos resultados que vão se apresentando.

Isso exige do pesquisador um mergulho na experiência, no lugar onde conhecer, fazer, transformar e se transformar tornam-se inseparáveis. A presença no campo implica estar em contato direto com as pessoas e com o seu território existencial. Implica ainda estar disponível para a exposição àquilo que se apresenta nesse caminho, bem como estar atento à rede de forças à qual o objeto encontra-se conectado, “dando conta de suas modulações e movimentos permanentes” (Barros; Kastrup, 2015, p. 57).

Distante da assepsia tomada como ideal pela ciência moderna, na cartografia o pesquisador não se depara com um objeto facilmente definível e identificável, estático ou imóvel. Trata-se de um mapeamento sempre provisório, sempre em processo, resultado das articulações históricas, das conexões que este objeto estabeleceu e continua estabelecendo com o seu entorno. No caso deste trabalho, significa pensar como o uso da arte na reinvenção existencial de pessoas institucionalizadas conseguiu se construir e se manter naquele espaço, resistindo aos ataques e desmontes dos sucessivos governos e direções, servindo como proposta de novos meios de tratamento e funcionando como um modo de resistência ao manicômio.

Nessa perspectiva, este texto foi estruturado em três partes. A primeira resgata a trajetória da Colônia de Alienadas que deu origem ao Centro Psiquiátrico Nacional, depois transformado em Centro Psiquiátrico Pedro II. A segunda parte situa a criação do Instituto Municipal Nise da Silveira no contexto do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Por fim, são sinalizados alguns retrocessos e desafios para a luta antimanicomial e para o próprio Instituto Municipal Nise da Silveira.

## Da Colônia de Alienadas ao Centro Psiquiátrico Pedro II

De diversas formas, o espaço institucional que se construiu ao longo dos anos no Engenho de Dentro foi hostil às mulheres. O marco de sua fundação é a criação em 1911 da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, destinada a receber o número excedente de mulheres do Hospício Nacional de Alienados, em especial aquelas consideradas “indigentes”, que não podiam pagar por seu tratamento. Ali elas trabalhavam para custeá-lo, se fossem consideradas aptas para tal, em atividades como avicultura e plantação de hortas. Uma forma de funcionamento institucional defendida por alienistas como Braule Pinto, por conta de seu caráter híbrido, misto de dispositivo terapêutico e de medida econômica para o Estado (Arquivo Nacional, [191-?]).

Funcionava estritamente dentro dos preceitos psiquiátricos mais tradicionais, aplicando de forma radical o isolamento, o controle e a vigilância no trato com a loucura.

Associava suas pretensas finalidades terapêuticas à mesma moralidade com que a recém-criada república, de homens brancos da elite patriarcal brasileira, lidava com os demais marcadores sociais da diferença, tais como os de raça, de pobreza ou de gênero (Valentim *et al.*, 2019).

Na década de 1940, a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, que fora inaugurada em 1911 e que em 1923 passou a se chamar Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, torna-se Centro Psiquiátrico Nacional. É, nesse período, um complexo hospitalar equipado com os mais modernos equipamentos e instalações do período (Amarante, 2014; Oliveira, 2009). Herda as promessas de cura para a doença mental da década anterior e acolhe efusivamente as novas técnicas apresentadas como eficazes para alcançar a “normalidade”, tais como a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico e a lobotomia. A mudança de nome acontece em função da centralidade que esta instituição e a Colônia Juliano Moreira passam a ter com o fim do Hospital Nacional de Alienados, em 1944.

Neste mesmo ano Nise retorna para o seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional depois de haver sido presa pelo Estado Novo e não se adapta às novas técnicas, se recusando a utilizar o eletrochoque e outras formas invasivas como tratamento. De sua inadequação, em 1946 surge a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), lugar onde eram desenvolvidas diversas atividades expressivas, tendo como destaque a pintura e a modelagem.

O STOR pode ser considerado a primeira linha de fuga pela arte naquela instituição que até então estava inserida nos padrões de uma instituição “total”: sem contato com o mundo externo, fechada sobre si mesma, com horários e espaços estritamente determinados, sem garantir aos seus clientes nenhum tipo de contato familiar ou afetivo (Goffman, 1974).

Neste sentido, Nise propõe uma outra forma de lidar com a doença mental porque renuncia definitivamente às contenções mecânicas ou farmacológicas no tratamento dos corpos asilados e se debruça na arte como meio de comunicação e expressão da interioridade. As oficinas deixam de ser trabalhos forçados e passam a ser lugares de construção e ordenação de territórios subjetivos. Ergue-se um tal processo de reconhecimento público destas produções que em 1952 é inaugurado o Museu Imagens do Inconsciente, que, além de se tornar uma referência artística no cenário nacional e internacional, torna-se também um importante ponto de resistência ao funcionamento manicomial da instituição. Alicerce importante, já que mesmo com toda a rede de sustentação formada em torno de seu trabalho, Nise continuava a sofrer represálias de seus pares médicos (Mello, 2015).

Enquanto no resto do mundo se vivia o *novo*, a bossa nova, o cinema novo, a *nouvelle vague*, dentro do manicômio as décadas de 1950 e 1960 serão marcadas pelo advento dos psicotrópicos, que reforçam suas práticas mais arcaicas e fazem com que o poder

psiquiátrico aja ainda mais sobre a vida dos sujeitos institucionalizados, sobre corpos ainda mais docilizados e submissos às opressões institucionais (Foucault, 2006; Amarante, 2014). Reafirma-se ainda a estrutura manicomial, porque a tal promessa de cura pela medicalização e os novos métodos empregados não contribuíam para a melhora. Ao contrário, faziam com que não houvesse alta, com que os clientes se tornassem cada vez mais inaptos e dependentes da instituição, superlotando os hospícios (Amarante, 2014).

Ainda assim, no Centro Psiquiátrico Nacional, as atividades no ateliê de Nise da Silveira permanecem. Além do museu, fundado em 1952, o contato com Gustav Jung se intensifica e inicia-se pela primeira vez na América Latina o estudo de suas obras; o Museu do Inconsciente amplia suas instalações e Fernando Diniz, paciente de Nise, recebe o prêmio *hors concours* na exposição do Hôtel de Ville em Paris. Além de Fernando, outros pacientes, como Adelina Gomes, Carlos Pertuis, Emygdio de Barros e Octávio Inácio, também sobressaem pela qualidade de suas produções.

Neste período, as condições dos manicômios brasileiros não melhoram. Isso passa a ser um problema maior em meados da década de 1960, quando o Brasil passa a viver em um cenário político de ditadura militar, o que favoreceu tanto a institucionalização, quanto a privatização. Neste período foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que é a união dos institutos de pensões e aposentadorias. Com isso o “Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor da saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários” (Amarante, 2014, p. 79). Segundo Amarante (2014), a doença mental torna-se mercadoria, fazendo com que aumentasse de forma significativa o número de leitos em hospitais psiquiátricos.

No ano de 1965, o Centro Psiquiátrico Nacional foi renomeado pelo presidente militar Castelo Branco de Centro Psiquiátrico Pedro II, passando a receber o nome do monarca que está associado à criação do primeiro hospício no Rio de Janeiro. Neste período, o complexo hospitalar ganhou proporções ainda maiores, recebendo homens, mulheres e crianças, e chegando a ser referência no país no número de leitos para estes últimos (Oliveira, 2009).

Basaglia (1985, p. 101) afirma que o manicômio era uma das instituições de violência, que coage e exclui como método, sendo a relação entre médico-paciente “uma relação de opressão e de violência entre o poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro”. Já Fanon (2020) expõe a relação de opressão entre poder e não poder, com a ideia de colonizado e colonizador. Basaglia (1985) e Fanon (2020) defendem que a violência e a exclusão são os alicerces destas relações sociais, sendo, portanto, necessária a luta para que haja libertação.

Na década de 1970, o manicômio encontra-se lotado de doentes crônicos. A força da ditadura militar que assola o país atinge a direção do Centro Psiquiátrico, que

pretende relegar o trabalho de Nise ao esquecimento. O uso indiscriminado dos medicamentos impossibilita as atividades expressivas e são construídos pavilhões verticalizados para abrigar os novos pacientes em uma política macro-hospitalar e asilar. As políticas de tratamento são centralizadas e permanecem as mais invasivas, como eletrochoques, lobotomias, camisas de força, além da medicalização. Neste período, o Centro Psiquiátrico Pedro II aumentou o número de leitos e o lucro das instituições privadas era exorbitante (Oliveira, 2009).

A situação se esgarça cada vez mais e, no final da década de 1970, três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II denunciam no livro de registro da instituição as condições de maus tratos e violência a que eram submetidas as pessoas internadas, além das condições desumanas de trabalho dos profissionais. A partir daí são demitidos 260 trabalhadores das quatro unidades de saúde mental da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) e, em resposta, os demais trabalhadores realizam uma greve em um episódio que ficou denominado como a Crise da Dinsam, um dos marcos de criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro. Estes trabalhadores começam a se organizar a fim de realizar novas práticas que fugissem das amarras manicomiais; a esperança pelo fim da ditadura crescia e dava espaço para acreditar em novos serviços e práticas (Amarante, 2014).

## **A luta antimanicomial: “loucura não se prende, saúde não se vende. Por uma sociedade sem manicômios”**

No início da década de 1980, membros do MTSM e de outras organizações de trabalhadores passaram a ocupar a máquina burocrática do Estado em cargos importantes, como o das secretarias municipais e estaduais de saúde, na tentativa de propor e realizar reformas de dentro do aparelho estatal. A partir daí, é iniciada o que Amarante (2015) denomina de trajetória sanitarista, ou seja, um movimento pela reforma psiquiátrica alinhado a uma reforma sanitária.

Neste momento o clima era favorável às políticas humanizadas e integralizadas de saúde. Segundo as novas propostas, haveria o incentivo das políticas municipais, ou seja, os serviços não seriam mais centralizados pelo governo federal. Na saúde mental seria criada uma rede que substituiria o hospital psiquiátrico, espalhada pelo território, assim como também haveria “dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura, etc.” (Amarante; Nunes, 2018).

Indo ao encontro desta nova forma de atuar, pensando na saúde mental, na ampliação dos territórios de existência e não mais privilegiando a doença, surge o Espaço Aberto ao Tempo (EAT), criado por Lula Wanderley, psiquiatra, artista plástico e discípulo direto

de Nise da Silveira. O EAT nasce no ano de 1988, após o afastamento forçado de Lula do Museu Imagens do Inconsciente e descende da experiência realizada por ele de transformar uma enfermaria masculina em um espaço terapêutico que utilizava como ferramentas a arte e a cultura. Uma linha de fuga que fez com que se desativasse a enfermaria e, em seguida, a própria Unidade Hospitalar Gustavo Riedel.

Já na década de 1990, com a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica começando a se consolidar, surgem ainda outros dispositivos dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II que dialogam com a arte e a cultura e auxiliam no processo de circulação no território daqueles sujeitos que antes eram privados de andar pela cidade. São eles: o Centro Comunitário, o Ambulatório (mesmo tendo uma política controversa voltada para prescrição médica, suas oficinas auxiliam no processo de desinstitucionalização) e o Grupo de Egressos, dispositivo esse que no ano de 2000 passa por mudanças por conta da política de abertura da instituição.

Os anos 2000 assistem à municipalização do Centro Psiquiátrico Pedro II e ao início da desconstrução de seu aparato manicomial. O centro vira instituto, recebe o nome da psiquiatra revolucionária Nise da Silveira e torna-se um serviço territorial que se articula com outros serviços de saúde da região. A partir disso, começa a ser pensada uma nova política e novas formas de organização dentro do instituto, para que não só se pudesse encaminhar o processo de desinstitucionalização, mas para que ele fosse acompanhado da instauração e consolidação de novos dispositivos de arte e cultura (Oliveira, 2009). Essas mudanças foram anunciadas durante a direção do psiquiatra Edmar Oliveira, que atuou ativamente para a desinstitucionalização do instituto.

O ano de 2001 é marcado pela aprovação da Lei nº 10.216, que legitima o direito à cidadania do sujeito acometido de doença mental e estabelece a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como os serviços residenciais terapêuticos (portarias nº 106/2000 e nº 1.220/2000), o Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003), o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e o Centro de Convivência e Cultura, possibilitando que o sujeito seja cuidado por serviços territoriais e ao mesmo tempo circule livremente pelos espaços coletivos urbanos (Amarante; Nunes, 2018).

Essas políticas refletiram no funcionamento do instituto. Ainda na primeira década dos anos 2000, a política e o cenário do antigo complexo hospitalar passam por diversas mudanças; o processo de desinstitucionalização começa a se estruturar e com isso os projetos que integram saúde mental, arte e cultura florescem ainda mais intensamente. Nas linhas de fuga da hospitalização e do sofrimento e nas brechas que progressivamente iam se abrindo na institucionalização, outras formas de cuidado puderam ser pensadas, tais como a formação do bloco carnavalesco Loucura Suburbana, que de forma simbólica abre os portões do manicômio para o bairro do Engenho de Dentro, permitindo que os “loucos” e os “sãos” se misturassem nas ruas, festejando com as suas fantasias.

Se no cenário da Reforma Psiquiátrica são fechados manicômios públicos e privados, no Instituto Municipal Nise da Silveira a oferta de leitos diminui e passa-se a apostar em outros programas que pudessem encaminhar aqueles que ainda moravam na instituição e não tinham para onde ir. Os dispositivos que existiam dentro da instituição se unem e ganham ainda mais força. Em 2007 é criada a Encantarte Editora, fruto da oficina literária do Caps Clarice Lispector, que publica livros de autores usuários do serviço de saúde mental e faz a produção gráfica para o Bloco Loucura Suburbana, entre outros trabalhos. Ou mesmo o próprio bloco, que em 2009 se une ao Caps Clarice Lispector e se transforma em ponto de cultura (Mendes, 2019).

Na segunda década de 2000, outros dispositivos surgiram no IMNS com intuito de reforçar os processos de desinstitucionalização com arte e cultura, tal como o Centro de Convivência Trilhos do Engenho e o Hotel da Loucura (atual Espaço Travessia). Os dois tinham uma proposta alternativa, de clínica itinerante, que levava em consideração o território e sua ocupação lúdica a partir de promoções de oficinas e exposições.

O Hotel da Loucura teve uma proposta similar à experiência francesa de Saint Alban, ocorrida em meados do século XX. Abrigava artistas que estavam de passagem pelo Rio de Janeiro e que em troca ofereciam atividades de fotografia, pintura, yoga, dança, música ou teatro. Repleto de instalações, cumpria um importante papel social ao trazer para o espaço do instituto visitas de estudantes universitários ou do ensino médio, que podiam experimentar como era estar em uma das antigas enfermarias, nas “baías”, como eram chamadas. Experiência marcante, ainda que agora elas estivessem transformadas, cobertas de obras de arte, de panos coloridos nas paredes e de mandalas que pendiam do teto.

Em 2018, o Espaço Aberto ao Tempo (EAT), que funcionava em uma antiga instalação do Centro Psiquiátrico, conseguiu construir uma nova sede com as portas voltadas para a rua, reafirmando o seu caráter inequivocamente antimanicomial. Depois de muita luta se torna um Caps III, referência na rede e na construção das novas formas de atendimento, que, através de diversas oficinas expressivas e terapêuticas, oferece aos usuários a possibilidade de outros lugares de existência, onde haja a oportunidade de (re)construção de seus desejos, de sua subjetividade e cidadania (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2019; Lancetti, 2006).

Amarante *et al.* (2012) afirmam que a luta contra a institucionalização e a defesa de uma nova forma de cuidado psiquiátrico fazem com que surjam outras maneiras no campo político e social de manejar a loucura.

As ações artístico-culturais se destacam dentre essas ao possibilitarem que os próprios sujeitos falem de suas experiências, do seu sofrimento, de suas formas de estar e ver o mundo. Esse novo modo de lidar com a loucura demonstra como esta vem sendo reelaborada ou ressignificada por aqueles que viveram e vivem tal experiência: do sofrimento à criação. (Amarante *et al.*, 2012, p. 131).

Favorece também outras formas de comunicação que são capazes de produzir novas identidades “de poetas, músicos, pintores, atores, enfim, a identidade de artistas. essas novas identidades, decorrentes das atividades artístico-culturais que esses artistas produzem, caracterizam esse movimento como libertário, pois disparam rupturas com o instituído” (Amarante *et al.*, 2012, p. 131).

No plano das políticas nacionais, em 2011 foram criadas as Raps, as redes de atenção psicossocial, que ampliaram o acesso aos serviços ao articularem as instituições de saúde de um mesmo território. Mas, apesar da importância das Raps e da organização articulada que se instituiu, é importante destacar que, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda, não foram definidos recursos orçamentários, “revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas” (Amarante; Nunes, 2018, p. 45).

## Retrocessos e desafios para a luta antimanicomial e o Instituto Nise da Silveira

É no decorrer desta segunda década dos anos 2000, que os maiores retrocessos começaram a surgir. Um dos primeiros sinais veio em 2015, com a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para o cargo de coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde. A sua indicação gerou protestos pelo país inteiro, principalmente em Brasília, onde os manifestantes ocuparam a sala do então coordenador por quatro meses, até a sua exoneração. Apesar desta conquista dos militantes da Luta Antimanicomial, o retrocesso estava sendo anunciado e seu caminho começava a ser traçado (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Entre 2016 e 2019, anos que vão do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff à chegada de setores conservadores e reacionários ao governo, o governo federal ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos; reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas. Restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico e recomendou a não utilização da palavra “substitutivo” para designar qualquer serviço de saúde mental, recriando o hospital-dia, “um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado” (Delgado, 2019, p. 3), desfazendo em poucos anos o que a luta antimanicomial demorou três décadas para construir.

Além de toda dificuldade enfrentada nos últimos tempos, o ano de 2020 surpreende com a chegada da pandemia mundial ocasionada por conta da Covid-19. Fez-se, então,

com que os dispositivos dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira passassem por uma nova adequação, inevitável frente à suspensão das atividades coletivas. A partir desta condição, foi necessário pensar em novas maneiras de promover saúde mental e, com isso, a internet serviu como ferramenta de comunicação para novos e diferentes encontros. O Trilhos do Engenho e o Espaço Travessia ofereceram oficinas online, a fim de possibilitar o cuidado a distância. Já o Bloco Loucura Suburbana, além das oficinas, ofereceu diversas *lives* para que fossem lembradas a história do bloco e a sua construção. Eram as lembranças que de alguma maneira atravessavam a todos e enchiam de saudade os apaixonados pelo carnaval do Engenho de Dentro.

Dispositivos, como o Caps EAT Severino dos Santos e o Caps Clarice Lispector, continuaram funcionando, ainda que reduzidamente, consultando e realizando entregas de medicação. Em 2021, o EAT, em associação com o Instituto de Psicologia da Uerj, inicia a sua primeira oficina *online*: o grupo Cooperança Digital. Lula Wanderley, que foi o responsável pelas primeiras oficinas do EAT, ainda nos anos 1980, participa dessa experiência que reúne os usuários em encontros virtuais semanais. Nas oficinas, que buscaram dinamizar a sociabilidade perdida durante a pandemia, os usuários tiveram a oportunidade de manter os laços com a equipe e os demais clientes, além de discutirem sobre os temas que os atravessaram durante a semana.

É importante ressaltar que as iniciativas realizadas por meio da *internet* foram essenciais durante o período da quarentena, mas elas esbarravam sempre na dificuldade de todos terem acesso a esses encontros e atividades que, infelizmente, não poderiam se realizar presencialmente. A clínica itinerante do construir no dia a dia, do ocupar a cidade, tornou-se um desafio e foi preciso recuar para resistir.

## Considerações finais

Esse trabalho buscou cartografar as diversas formas de cuidado pela arte e cultura presentes na história do Instituto Nise da Silveira. Uma cartografia que se fez no perambular pelos serviços, pelos prédios semidesocupados, no encontro com clientes pelos pátios, pelas ruas que circulam a instituição, mas também no encontro com as camadas da história que estão presentes ali. O perambular pode ser definido como aquele caminho que se faz sem ter roteiro prévio, mas vivido de forma intensa, movido pelas pulsações despertadas a cada passo dado. Esse vaguear aparentemente sem destino, que se constrói em sua própria execução, encontra na cartografia a sua melhor tradução.

A década de 2000 foi de grande intensidade no IMNS. Neste período iniciam-se, na prática, a desconstrução oficial dos serviços manicomiais e a instauração dos dispositivos de saúde mental no território, lógica que já vinha sendo combatida desde 1944, com a entrada da Nise da Silveira e o seu fazer revolucionário de cuidado pela arte. Assim como no

momento de construção do STOR e no nascimento do Museu Imagens do Inconsciente, fizeram-se novas e potentes linhas de fuga naquela instituição.

As enfermarias, no decorrer dos anos, foram desocupadas de pacientes e preenchidas por arte e cultura, além de sujeitos ativos no ir e vir. Transformaram-se no Museu Imagens do Inconsciente, no Espaço Aberto ao Tempo (Caps EAT Severino dos Santos), no Ponto de Cultura Loucura Suburbana, no Centro de Convivência Trilhos do Engenho, no Hotel da Loucura (atual Espaço Travessia) e em tantos outros serviços que nasceram da crença na mudança. Formas de cuidado que são resultado de um olhar humanizado sobre a “loucura” e que possibilitaram, ao longo do tempo, a metamorfose do complexo hospitalar e manicomial em um novo cenário, oferecendo aos usuários a possibilidade de construção de outros lugares de existência e potencialidade.

Mas essa mudança também só foi possível porque o conjunto de práticas de resistência ao manicômio, que foram se sedimentando ao longo do tempo naquela instituição, ganharam plena significação na década de 1980, com o corte epistemológico, social, político e cultural, realizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Neste sentido, é sempre importante lembrar que um dos marcos simbólicos desse corte foi a denúncia feita por três médicos residentes no livro de registros desta instituição, que na época ainda se chamava Centro Psiquiátrico Pedro II, narrando os maus tratos e as condições desumanas a que estavam submetidos os internos. Percebe-se assim o embate de forças antagônicas que coexistiam ali e o quanto foi necessário desconstruir a lógica hospitalocêntrica e excludente, quantos agenciamentos com o território, com os serviços de saúde e com a comunidade precisaram ser feitos para que o projeto de uma sociedade sem manicômios pudesse se sustentar. Essa transformação incluiu desde a mudança do espaço físico da instituição, a intervenção em uma estrutura arquitetônica originalmente pensada para a produção de uma identidade cronificada e para o assujeitamento, nos termos de Lancetti (2006), até a realização de projetos que abriram a instituição para a rua, conforme Oliveira (2009).

Em tempo de pandemia e de governos autoritários, entretanto, romper o instituído foi um desafio para todos. Atualmente, apesar de todos os retrocessos, o Nise continua com seus dispositivos de arte e cultura. O Museu Imagens do Inconsciente, junto com a direção do instituto, tem o intuito de transformar o IMNS em um parque, para que seja um espaço de lazer aberto e gratuito para a comunidade, assim como manter o Centro de Estudos, Treinamento e Aperfeiçoamento Paulo Elejalde (Cetape) e criar o museu sobre a história da psiquiatria (Schincariol, 2019).

Se a pesquisa cartográfica consiste no acompanhamento de processos, mais do que na representação de objetos, como já referenciado, cartografar o Nise significa voltar à história de seus embates, compreender a arte e a cultura como uma das forças de resistência

à morte em vida imposta pelo manicômio. Significa compreender o quanto esta força de resistência foi capaz de alterar o curso de vidas destinadas ao isolamento, ampliando seus territórios de vida, agenciando desejos, dando à loucura um novo contexto e significação.

**Contribuições dos/as autores/as:** Ambas as autoras participaram da concepção, elaboração e revisão do artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

AMARANTE, P. et al. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da Reforma Psiquiátrica. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, v. 4, n. 8, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68659>. Acesso em: 22 ago. 2020

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 23 set. 2020.

ARQUIVO NACIONAL. Série Saúde. *Ofícios, processos e relatórios*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, [191-?].

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia*. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: Sulina, 2015.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/about/submissions#authorGuidelines>. Acesso em: 7 abr. 2021

DELGADO, P. G. G. Reforma Psiquiátrica. Estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2021.

FANON, F. Encontro entre a sociedade e a psiquiatria. In: KHALFA, J.; ROBERT, J. C. (Org.). *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

MELLO, L. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro: Automática, 2015.

MENDES, A. Loucura de todos nós: e vamo que vamo! *Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro: história da desconstrução de um manicômio*, ano 2, v. 2, n. 2, nov. 2019.

OLIVEIRA, E. *Ouvindo vozes*. Histórias do hospício e lendas do encantado. Rio de Janeiro: Vieira Lent, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia*. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: Sulina, 2015.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2019.

SCHINCARIOL, G. De Pedro II à Nise da Silveira. *Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro: história da desconstrução de um manicômio*, Rio de Janeiro, ano 2, v. 2, n. 2, nov. 2019.

VALENTIM, R. P. F. et al. As mulheres da colônia de alienadas do Engenho de Dentro. *Revista de Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.23786>. Aces

# Políticas de Salud Mental en Argentina: 40 años de reformas en la provincia de Santa Fe

*Mental Health Policy in Argentina: 40 years of reforms in the province of Santa Fe*

*Políticas de Saúde Mental na Argentina: 40 anos de reformas na província de Santa Fe*

Jose María Alberdi\*

Eduardo Cesar Mutazzi\*\*

## RESUMEN

El presente artículo pretende una reflexión crítica sobre los procesos de desmanicomialización y desinstitucionalización de la salud mental a partir del retorno de la democracia, enfocada en la singularidad del proceso en la provincia de Santa Fe (Argentina). En forma esquemática, repasa cuatro décadas de este proceso, poniendo relieve en los avances y obstáculos atravesados por el conjunto de actores del campo de la salud mental. El texto se compone de tres partes: una primera, que resume las tres primeras décadas de las reformas en salud mental, una segunda que focaliza la trayectoria en la provincia de Santa Fe, y la tercera cierra el texto con unas conclusiones que permiten pensar los desafíos de una política en salud mental por venir.

**Palabras-Clave:** Salud Mental; Políticas Públicas; Desinstitucionalización.

## ABSTRACT

This article aims to critically reflect on the processes of deasylumization and deinstitutionalization of mental health following the return of democracy in Argentina, focusing on the uniqueness of the process in the province of Santa Fe. In schematic form, it reviews four decades of this process, highlighting the progress and obstacles faced by all actors in the field of mental health. The text is made up of three parts: the first one summarizes the first three decades of mental health reforms; the second one focuses on the trajectory in the province of Santa Fe; and the third one closes the text with conclusions that allow us to think about the challenges of a mental health policy to come.

**Keywords:** Mental Health; Public Policies; Deinstitutionalization.

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir criticamente sobre os processos de desmanicomialização e desinstitucionalização da saúde mental após o retorno da democracia, enfocando a singularidade do processo na província de Santa Fé (Argentina). De forma esquemática, analisa quatro décadas deste processo, destacando os progressos e os obstáculos enfrentados por todos os intervenientes no domínio da saúde mental. O texto está composto por três partes, uma primeira que resume as três primeiras décadas de reformas em saúde mental, uma segunda que enfoca a trajetória na província de Santa Fé e fecha o texto com conclusões que nos permitem pensar sobre os desafios de uma política de saúde mental que está por vir.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Políticas Públicas; Desinstitucionalização.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80335>

\* Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina.  
E-mail: [jmalberdi68@hotmail.com](mailto:jmalberdi68@hotmail.com)

\*\* Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina.  
E-mail: [cesarmutazzi@gmail.com](mailto:cesarmutazzi@gmail.com)

Como citar: ALBERDI, J. M.; MUTAZZI, E. C. Políticas de Salud Mental en Argentina: 40 años de reformas en la provincia de Santa Fe. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 181-190, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80335>

Recebido em 13 de outubro de 2023.

Aprovado para publicação em 30 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Políticas de Salud Mental en Argentina: cuatro décadas han pasado

Las políticas públicas de salud mental en Argentina, y particularmente en la Provincia de Santa Fe, retoman su cauce desde el advenimiento de la democracia. Desde allí han comenzado las acciones políticas que ponían el eje en la importancia y la necesidad de promover gradualmente una profunda serie de transformaciones para producir el pasaje de una política centrada en la internación psiquiátrica hacia una clínica sustitutiva sostenida en nuevas legislaciones, en una lucha política de creación de nuevos servicios por parte de los trabajadores, en nuevas prácticas y saberes emergentes y que denominamos como campo de la salud mental.

El proceso de desmanicomialización recomenzaba en esta primera década, después de la interrupción de Terrorismo de Estado (1976-1983), y significó un primer momento, visto desde hoy como el de la negación del manicomio, caracterizado por denunciar lo inhumano de la atención centrada en *instituciones totales*, con eje en prácticas de segregación, encierro y exclusión, con internaciones iatrogénicas de larga duración, violaciones regulares de los derechos humanos, cosificación y masificación de la asistencia, en fin, formas de control sanitario y social que rememoraban las prácticas de exterminio usadas en los centros “clandestinos” de tortura y desaparición.

Entrada la década de los 90, la cual podríamos situar esquemáticamente como segunda etapa, se nota un arduo trabajo de lucha y de momentos significativos, promovidos por las organizaciones de derechos humanos, los colegios profesionales, los movimientos de trabajadores de salud mental (SM) que generaron nuevas legislaciones, el fortalecimiento de los servicios y programas de salud mental en Hospitales Generales, el desarrollo de la atención primaria en salud mental (APS), y diversos programas –incluidos los procesos de reforma asistencial y programas de externación– que generaron una serie de experiencias (con baja capacidad de institucionalización) de salud mental comunitaria en el territorio.

Dichas experiencias priorizaron nuevas formas de trabajo distintas de la atención precaria en psiquiatría. Comprometidas con la mayor accesibilidad a la atención, una clínica ampliada, inspirada en una perspectiva de respeto de los derechos humanos y del derecho a la ciudadanía de las personas usuarias con sufrimiento psíquico y sus familiares, en esta etapa se trabajaron propuestas de inclusión intersectorial con el sistema de salud y con las políticas sociales.

Las reformas en el campo de la salud mental también significaron y significan, especialmente en Argentina y en la provincia de Santa Fe, criticar y reconstruir sobre nuevas bases los fundamentos clínicos, epistemológicos, teóricos y jurídicos que influyen largamente las prácticas asistenciales en el campo. Cabe decir que nos estamos refiriendo

especialmente al modelo médico-hegemónico y a la psiquiatría tradicional. Las reformas permitieron, asimismo, cuestionar las relaciones sociales de discriminación hacia la locura, que sostienen el estigma, la segregación y la violencia para con las personas que padecen sufrimiento psíquico.

En la provincia de Santa Fe, una de las particularidades que marcó una tradición de compromiso con los cambios en el campo de la salud mental, fue la aprobación de la ley 10.772 en el año 1991 (pionera en país), producto de una serie de experiencias asistenciales como de denuncias y movilizaciones por la humanización de la asistencia en los hospitales psiquiátricos y reivindicaciones por mejoras de las condiciones de trabajo en los hospitales.

Durante la década de los 90, las políticas neoliberales generaron cierta tendencia a procesos de desresponsabilización social, y una clínica degradada en el campo asistencial. En las políticas públicas de salud mental, el sesgo neoliberal indujo a deshospitalización y desasistencia, en nombre de los altos costos de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, la defensa de la asistencia pública y de las fuentes de trabajo permitieron reformas parciales en las instituciones psiquiátricas. En el sentido de humanización de la asistencia, la constitución de equipos interdisciplinarios y nuevas formas de trabajo con propuestas grupales y culturales, además de una clínica más atenta al lazo comunitario en el caso de la atención primaria, dicha defensa tuvo fundamental importancia.

En ese periodo fue importante el rol de las entidades internacionales que incidían sobre las políticas de salud mental. Son ellas: la Organización de las Naciones Unidas, con sus convenciones y derechos, y particularmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su reconocida “La Declaración de Caracas” fue orientativa: el eje en la reestructuración de la atención en salud mental ligada a la APS y en el marco de los Sistemas Locales -ya que permitían la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales- implicó necesariamente la revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios. Fundamentalmente, a partir de ello, los recursos, cuidados y tratamientos previstos debían salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de las personas usuarias, y que las legislaciones debían *aggiornarse*.

En este aspecto se hace necesario resaltar la experiencia de demostración de la OPS en la provincia de Río Negro (1989), que se establece como faro entre las reformas de la política psiquiátrica en los años por venir. Río Negro se afianza como pionera en la desmanicomialización con una política pública de salud mental implementada por un Estado Provincial, aunque deberá esperar unos años para obtener una ley.

En esa provincia se desarrolló un proceso de descentralización de los recursos públicos provinciales de salud mental: se sostuvo la apertura progresiva de nuevos servicios de salud mental comunitaria y la posibilidad de internación en Hospitales Generales para las

situaciones de crisis, riesgo y urgencia. Al mismo tiempo se crearon estructuras intermedias como casas de convivencia y empresas sociales para dar respuestas a las necesidades básicas de la vida en comunidad con estrategias de cuidado orientadas a la inclusión social.

Ya, en la primera década del nuevo milenio y en la Universidad de las Madres de Plaza del Mayo, se hilaron el pasado con el presente, las contribuciones del psicoanálisis, la psicología social y el análisis institucional. Estos tres campos entramaron una matriz de lectura de la crueldad y las culturas de la mortificación en las instituciones psiquiátricas y brindaron y brindan una serie de herramientas clínicas para ayudar a reparar el sufrimiento de las y los usuarios y familiares, entendiendo que en las historias singulares, grupales y comunitarias se sostiene también la tramitación de salidas al trauma colectivo. También ahí se renovaron las energías utópicas regidas por la máxima “No al encierro, sí a la atención” en el campo de la salud mental dando lugar a la discusión de la futura ley nacional.

También en la Provincia de Santa Fe, la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental en el año 2005 jerarquizó el área en la agenda pública y permitió por un lado fortalecer los procesos de reforma asistencial, y humanización de la asistencia en los hospitales psiquiátricos de la Provincia de Santa Fe.

Desde allí, fueron incentivadas las primeras experiencias de constitución de centros culturales de convivencia y centros de producción e intercambio (denominados en general como “servicios sustitutivos al manicomio”), como forma de generar propuestas complementarias de cuidados y economía social. Esta serie de acciones e iniciativas estuvieron muy marcadas por las limitaciones presupuestarias, y su constitución de carácter experiencial no se institucionalizaba como política de Estado.

La ley nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 (2010) instituyó en su letra un reconocimiento a las experiencias creadas como sustituto de la intervención psiquiátrica clásica y a la lucha de movimientos de trabajadores del campo de la salud mental sucedidos en las décadas anteriores. Legitimó y dio legalidad a las formas de trabajo de una nueva clínica, entonces enmarcada en los derechos ciudadanos de las personas usuarias. Sin embargo, con dificultades para desarrollar una gradual institucionalización de los dispositivos de salud mental, por no haber una rectoría que les permitiera pasar de ser un conjunto de experiencias para transformarse en una política pública.

Y, si bien los desafíos fueron cada vez mayores, y mayores las experiencias de otra clínica de la subjetividad que se validaban socialmente también se produjo: un estancamiento a partir de la profundización (desde fines de 2015) de las políticas neoliberales con recesión económica, aumento del desempleo y del trabajo informal con recortes presupuestarios de las políticas de salud en general, y en particular las políticas de salud mental.

Así, para las bodas de plata de la experiencia en Santa Fe se consolidó en una fuerte humanización de los hospitales monovalentes (progresiva pero lenta disminución de

camas psiquiátricas) y una batería de servicios sustitutivos. Estos fueron desde centros de asistencia desde lo socio-cultural, el acceso al trabajo cooperativo, residencias asistidas, entre otras iniciativas. Sumado a la estrategia APS en los principales centros urbanos, se volvió finalmente complementaria a la situación de una clínica con hegemonía del encierro con intervención biomédica para la intervención del orden psiquiátrico.

Así, hasta el 2020, el proceso de desinstitucionalización entró en periodo de latencia: hubo coexistencia con el manicomio y las respuestas con pretensiones de sustitución acabaron siendo complementarias. Esto fue profundizando el fenómeno de *revolving door*, como en la primera década de reformas en esta provincia.

El año 2020 no fue el año del cierre y abolición de las prácticas manicomiales, sino que fue uno de los años de la peste. Igualmente desde la Dirección Provincial de Salud Mental (Santa Fe), con el pesimismo del análisis y el optimismo de la práctica, se siguió considerando fundamental una praxis democrática que permita la elaboración de una nueva institucionalidad en el campo de la salud mental - una que permita el despegue del estancamiento del proceso de desinstitucionalización que entraba en su cuarta década.

Este panorama general de reformas y contra reformas dejó a los actores del campo frente a un punto de inflexión: o continuar con las experiencias de desmanicomialización en forma aislada y heterogénea, o construir colectivamente una política provincial más institucionalizada. La primera opción era validada por su eficacia clínica, pero al mismo tiempo desvalorizadas por la persistencia del hospital psiquiátrico y la hegemonía del encierro. La segunda, por su vez, demandaba unir los esfuerzos y voluntades de los actores del campo transformando la realidad y la cotidianeidad de los servicios el tratamiento de la locura.

## **El plan para la salud mental en Santa Fe post pandémica: el pasaje de las experiencias a la política**

Con el fin de presentar a los futuros gobiernos y al actual los ejes principales para la aplicación de una política de acuerdo a la letra de la Ley 26657, la actual gestión en salud mental (2021-2023) decide elaborar un plan rector para la salud mental. Con un diagnóstico situacional del estado de los procesos de reforma de los últimos años, y apoyados en los avances conseguidos por las experiencias armadas en las décadas anteriores, la gestión anhela elaborarlo de en forma participativa, con todos los actores del campo.

El citado diagnóstico arrojaba que el grado de cobertura y de acceso a los servicios de salud son representativos del desarrollo heterogéneo e inequitativo de las distintas regiones de la Provincia de Santa Fe. La distribución espacial de los diferentes servicios, instituciones y programas presenta notorias desigualdades regionales, poniendo en cuestión el grado de adecuación de los servicios públicos de salud a los principios de equidad

socio-espacial y solidaridad regional. La mayor concentración y áreas de mayor accesibilidad a Hospitales de Alta Complejidad se registran en los municipios con mayor densidad de población. La población, en diferentes etapas de su vida, demanda servicios de salud en sus diversas modalidades y especialidades.

En el sur-este provincial, en torno a Rosario y su área metropolitana, se localiza el principal punto de demanda del servicio de salud. Constituye un aglomerado que supera el millón de habitantes, siendo la tercera ciudad en la jerarquía urbana nacional, y primera en la provincial. El segundo punto más poblado se ubica en el centro-este provincial, en el Gran Santa Fe, representando menos de la mitad que el primero. La tercera aglomeración en importancia también se ubica en el sur provincial (Venado Tuerto); en el escasamente poblado norte santafesino. El cuarto punto de demanda de servicios es el aglomerado Reconquista Avellaneda.

En el caso de las instituciones y programas de salud mental, la situación se agrava en una serie de sentidos. En primer lugar, la estrategia APS en el caso de la salud mental, si bien ha sido priorizada en especial en los principales centros urbanos, sigue siendo un problema central en las culturas institucionales de la atención precaria. Sumado a ello, los mecanismos culturales y lingüísticos todavía presentes en el campo de la psicología conforman filtro de accesibilidad y segregación de las clases populares en los abordajes terapéuticos y en los programas de salud mental.

También debe notarse que desde un punto de vista regional la distribución de profesionales en el campo de la salud mental es sumamente heterogénea. Esto impide la constitución de equipos interdisciplinarios y especialmente la atención en el ámbito local de las situaciones de crisis y urgencias, sobre todo en localidades del Norte de la Provincia. Por consiguiente, surge la necesidad de traslados a otras localidades, reforzando las formas de trabajo hospitalocéntricas, más allá del compromiso de asistencia de los equipos locales.

En la Provincia de Santa Fe las internaciones en hospitales generales se ha realizado con bajo presupuesto y precaria institucionalización. Así, son limitadas las posibilidades de un mejor abordaje en la urgencia, y, luego, aumentan los tiempos de internación. Paralelamente, los equipos de guardia soporte tienen baja articulación con la atención ambulatoria programada, la atención y tratamiento de niños y adolescentes y limitada coordinación con los equipos de salud mental del propio Hospital y los Centros de Ate

Un capítulo aparte es realizar un análisis de coyuntura de las tres instituciones totales de la Provincia de Santa Fe. Las tres han vivenciado durante la transición democrática distintas oleadas de reforma asistencial, y los propios cambios de denominación son una evidencia de las reformas psiquiátricas desarrolladas. La primera, el “Psiquiátrico Suipacha”, como comúnmente se lo reconoce en la ciudad de Rosario, es hoy reconocido institucionalmente como Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila. La segunda,

el mayor manicomio provincial, conocido como la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, es oficialmente Hospital Interdisciplinario de Salud Mental. Por fin, el Mira y López, de un tiempo a esta parte Hospital Polivalente es el principal efector de salud en la región Norte de la Ciudad de Santa Fe.

La Colonia Psiquiátrica de Oliveros “Dr. Abelardo Freyre” (CPO) se encuentra en la localidad de Oliveros a 60 km de la Ciudad de Rosario en la zona rural cercana a la localidad de Maciel en el Departamento Iriondo. Es la institución monovalente que recibe más demandas de internación de las distintas regiones sanitarias. A la fecha y a partir de sucesivas reformas, el hospital ha generado distintas propuestas de trabajo: programas de externación, comités de admisión para controlar las internaciones arbitrarias, equipos interdisciplinarios y desarrollo de programas culturales, de la economía social, casas asistidas, entre otras. Ha jerarquizado la puesta en valor de la clínica ampliada y el desarrollo de prácticas asistenciales asociadas a la humanización de la asistencia, así como la de prevención de la violación cotidiana de los derechos humanos. Entre los generadores de tal violación se puede mencionar: la iatrogenia hospitalaria y la larga institucionalización, la arquitectura manicomial y la necesidad de “encierros terapéuticos” durante la pandemia. En forma simultánea, debe sumarse a ello a la permanente descarga que realiza el poder judicial, en parte para administrar la superpoblación carcelaria con la internación forzosa de pacientes que deben cumplir las penas en el hospital. Esta acción se realiza sin criterios clínicos con la apoyatura específicas de los equipos forenses que no cumplen con el criterio interdisciplinario que exige la ley de salud mental.

Si bien la pandemia modificó en parte estos datos cuantitativos desde el relevamiento del 2020, la CPO contaba con 230 camas, de las cuales aproximadamente 200 estaban ocupadas (24,5 % del total de las personas censadas). Siendo la mayor tasa de internación en la Provincia, 45 personas continuaban internadas por situaciones de crisis graves y riesgo para sí y para terceros y 100 aproximadamente (50 %) por problemas socio-económicos, de vivienda y de falta de apoyos socio-familiares. Igualmente, con propuestas colectivas (viviendas, ingresos, acompañamiento) que se complementan con los proyectos terapéuticos singulares, estarían en condiciones de pasar a vivir en comunidad entre 80 y 100 personas, con distintos tipos de acompañamiento según sus condiciones de autonomía e interdependencia. Igualmente, es importante notar la alta tasa de reinternación de pacientes debido a la fragilidad de las redes de salud mental en las ciudades y comunidades de la que son oriundos los y las pacientes.

En el caso del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, el mismo se encuentra emplazado en el macrocentro de la Ciudad. Es el único hospital psiquiátrico público de la Ciudad de Rosario. En este centro regional también se han desarrollado una serie de reformas asistenciales: equipos interdisciplinarios para la atención de la Crisis y las Urgencias; equipos de evaluación y acompañamiento de las internaciones,

equipos de trabajo para la atención de pacientes de larga institucionalización, el Centro Cultural Gomecito con una oferta de cuidados diarios y culturales para los y las pacientes externados, el equipo de abogadas especializadas en mediación y derechos de los usuarios y sus familiares. Según el relevamiento de 2020, había 63 camas de internación, estando más de 90% ocupadas en los momentos más críticos. Había 52 internados, siendo 8 de ellos en situaciones de crisis y riesgo subjetivo, y 11 por problemas sociofamiliares y de falta de vivienda. Tendrían condiciones de externarse alrededor de 30, con mayor y menor acompañamiento según las condiciones de autonomía y dependencia de los internados.

El Hospital General Dr. Emilio Mira y López, desde sus primeras reformas asistenciales, para su transformación en un Hospital Polivalente, ha pasado por diversos cambios. Ha fortalecido la oferta sanitaria para la subregión Norte de la Ciudad de Santa Fe, ha mejorado su infraestructura hospitalaria, así como el área de consultorios externos y ha creado un centro de día para niños y adolescentes en salud mental con el apoyo provincial, y de la Asociación Cooperadora. Paralelamente, ha mejorado las condiciones de vida de sus pacientes internados, en especial los de larga institucionalización y con discapacidad.

Este diagnóstico del campo de la salud mental elaborado y estas hipótesis de lectura de este documento de trabajo, revelan también un problema fundamental: la información epidemiológica y de evaluación de servicios y programas es escasa, fragmentada y con indicadores cuali-cuantitativos de baja relevancia para una política que quiera fortalecer los procesos de implementación de la ley nacional de salud mental. Esto cual ocasiona la necesidad de fortalecer la construcción de un equipo de trabajo, que recupere la serie de contribuciones de la epidemiología crítica en el campo de la salud colectiva y de la salud mental.

Este diagnóstico sirvió de material de discusión en las rondas participativas y consultivas para la elaboración del Plan Provincial para la Salud Mental (2022-2028), que focaliza seis ejes para la consecución de una política (ARGENTINA, 2023). Y la propuesta innovadora que allí se plasma es la creación de Centros Territoriales de Salud Mental para nuestro territorio. Durante el último año se ha puesto en funcionamiento el primero de ellos, para la zona norte de Rosario.

Quedan así plasmadas las líneas rectoras de la política para los años venideros, donde se establecen seis ejes, siendo el primero el fortalecimiento de la red de salud mental y procesos de cuidado en el primer nivel de atención (APS). El segundo eje direcciona el abordaje integral de la salud mental en Hospitales Generales, SAMCOS y servicios de emergencias. Un tercer eje indica la definitiva transformación y sustitución de los Hospitales Monovalentes. El cuarto eje lo constituye el fortalecimiento y articulación de la red sustitutiva de salud mental a partir de la creación de las nuevas instituciones denominadas Centros Territoriales de Salud mental, además de la elaboración y presentación de los

Programas de Apoyos para la vida en comunidad, y de apoyos para el acceso al trabajo. El quinto eje hace foco en la formación y transformación de las prácticas y lógicas manicomiales con espacios de capacitación permanente. El último eje apunta, por fin, a la producción epidemiológica e investigación en salud mental.

## **A modo de concluir: avances y desafíos al porvenir**

Si bien en este año asistimos a cumplir 40 años de democracia ininterrumpida en Argentina, podemos reconocer la necesidad cada vez mayor de entender cómo el agravamiento de las condiciones de vida en la post-pandemia impacta en el campo de la salud mental. Algunos factores de importante influencia son: la deuda externa, los programas de ajuste neoliberal del Banco Mundial y el FMI, la inflación, la violencia estructural del desempleo y las violencias urbanas, la crisis de las políticas públicas y el aumento de las poblaciones bajo la línea de la pobreza y, fundamentalmente, la aparición de nuevas formas de fascismo con fuertes discursos anti-derechos y anti-estatales, que tienen particulares efectos en una contra-ofensiva a las políticas de redistribución y reconocimiento del campo de la salud mental.

Esta coyuntura es más que preocupante y exigirá ampliamente una renovación de una cultura de la resistencia para los colectivos, activistas, trabajadores y profesionales en el campo de la salud mental - gran parte de la población asistida regularmente en las instituciones del campo de la salud pública.

Parte de la agenda fundamental de esta etapa de los trabajadores y de las gestiones públicas en el campo de la salud mental, necesita superar un modelo de trabajo que muchas veces se mostró encerrado en un perfil asistencialista, en la administración de la crisis, en innovaciones precarias y sin poder garantizar ni sostener cambios más profundos en la cultura asistencial en las instituciones de internación y en la red de programas y servicios de salud mental.

En este punto, una gestión pública asociada con la desmanicomialización debe comprometerse con la promoción de un enfoque de derechos en el campo asistencial, con una reforma integral de la atención y los sistemas de cuidado en el campo de la salud en general y en la salud mental en particular, y fundamentalmente con la mejora cualitativa de las condiciones de asistencia y de trabajo.

Para concluir, debemos decir que los últimos años han producido, en varias provincias del país, una salida del estancamiento que habíamos asistido en los últimos diez años. Se viene construyendo, con las experiencias logradas en esos años, una política de salud mental participativa en la que los actores del campo, de forma conflictiva, cooperativa y también desde la oposición, se encuentran comprometidos en llevar adelante más allá de las coyunturas por venir.

**Contribuciones de autor:** Ambos autores participaron en la concepción, preparación y revisión del artículo.

**Agradecimientos:** No se aplica.

**Agencia fundadora:** No se aplica.

**Aprobación por el Comité de Ética:** No se aplica.

**Conflicto de intereses:** No se aplica.

## Referencias

ALBERDI, J. *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*. Rosario: UNR Editora, 2003.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. SDE/ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona: Anagrama, 1972.

FARAONE, S.; BARCALA, A. *A diez años de la sanción de la ley Nacional de Salud Mental*. Coordenadas para una cartografía posible. Buenos Aires: Teseo, 2020.

GALENDE, E. *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1993.

GALENDE, E. *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

GERLERO S. *et al. Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en Salud Mental en Argentina*. Rosario: Laborde, 2007

ROTELLI, F. “*Superando o manicomio: el circuito psiquiátrico de Trieste*”, en *Psiquiatría Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

VASCONCELOS, E.M. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistências, diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas: Tempo Social 2016

WHO. *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. 2022. Disponible em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433523/retrieve>. Acceso en: 01 nov. 2023.

OPS. *Argentina acompaña a cinco provincias en el cambio de la atención en salud mental*. 2023. Disponible em: <https://bit.ly/3EPNywG>. Acceso en: 01 nov. 2023.

ARGENTINA. *Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028*. 2023. Disponible em: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/248907>. Acceso en: 01 nov. 2023.

# Controle sociometabólico do capital e seletividade penal: refrações na crise sanitária da Covid-19

*Socio-metabolic control of capital and penal selectivity: refractions in the COVID-19 health crisis*

Ricardo Peres da Costa\* 

Olegna de Souza Guedes\*\* 

## RESUMO

Este artigo é parte de um dos capítulos de pesquisa da tese de doutorado e foi construído por meio de pesquisa bibliográfica. Elegeu-se como objeto, para o artigo, a relação entre o controle sociometabólico do capital e a seletividade penal. Objetiva-se evidenciar e apresentar algumas reflexões sobre o Estado penal e seus efeitos na materialização e ampliação da privação de liberdade. Dentre os resultados dessas reflexões, destaca-se a apresentação de fatores conjunturais e estratégias políticas de controle sociometabólico do capital que se sustentam no Estado penal. São apresentados, também, alguns elementos da crise sanitária da Covid-19 e suas expressões nas precárias condições das prisões e que são parte da dinâmica ideológica do capital.

**Palavras-Chave:** controle sociometabólico; Estado penal; violências; Covid-19.

## ABSTRACT

This article is part of one of the research chapters of a doctoral thesis and was constructed through bibliographical research. The object of the article is the relationship between the socio-metabolic control of capital and penal selectivity and the aim is to present some reflections on the penal state and its effects on the materialization and expansion of deprivation of liberty. Among the results of these reflections, the presentation of conjunctural factors and political strategies for socio-metabolic control of capital that are sustained in the penal state stands out. Some elements of the COVID-19 health crisis and its expressions in the precarious conditions of prisons are also presented, which are part of the ideological dynamics of capital.

**Keywords:** socio-metabolic control; penal state; violence; COVID-19.

## TEMA LIVRE

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80706>

\* Texas Tech University, Texas, Estados Unidos.

E-mail: [peresrpc@gmail.com](mailto:peresrpc@gmail.com)

\*\* Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: [olegnasg@gmail.com](mailto:olegnasg@gmail.com)

Como citar: COSTA, R. P. da; GUEDES, O. de S.. Controle sociometabólico do capital e seletividade penal: refrações na crise sanitária da Covid-19. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 191-203, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80706>

Recebido em 14 de junho de 2023.

Aprovado para publicação em 15 de agosto de 2023.



## Introdução

Este artigo parte da análise de uma das formas de expressão do esgotamento destrutivo do modo de produção capitalista, que tem rebatimentos em determinados grupos humanos: o encarceramento de homens, mulheres e adolescentes. Em tese, essa seria uma política voltada ao controle da violação de deveres fundamentais, como o que se refere à preservação do direito à vida, mas é realizado sob e a partir de diversas violações de direitos humanos.

Parte do pressuposto de que se trata de uma temática relevante para debates e pesquisas, dentre outros aspectos, pelo fato de o Brasil figurar entre estatísticas oficiais como país com uma das maiores populações encarceradas no mundo. Essa realidade manifesta-se, entre outros aspectos, numa política que, sob o discurso da segurança, amplia ações de controle sobre os corpos dos encarcerados. Esses, em sua maioria, estão entre os descartados do capital, os que não participam da riqueza socialmente produzida no país e não têm assegurados os seus direitos fundamentais, como acesso à saúde, educação, previdência e assistência.

A vigência do Estado penal, como forma de controle das expressões de violências multideterminadas pela desigualdade social e má distribuição das riquezas socialmente produzidas, tem empurrado o Brasil, ano após ano, para os primeiros lugares de um ranking que em nada nos orgulha. Para sustentar essa análise, adotamos a perspectiva teórico-metodológica de pesquisa bibliográfica em autores que defendem a tese crítica sobre o controle e o Estado penal, como Wacquant e Garland. Além desses autores, para analisar as expressões da realidade social, do capitalismo tardio e as inferências do Estado no mundo dos subalternos, utilizamos apoio de autores como Mézáros (2002), Antunes (2020) e Netto e Braz (2011).

O texto está organizado em uma única seção que procura brevemente associar o controle sociometabólico do capital aos efeitos contemporâneos do Estado penal. Ela subdivide-se em dois tópicos ao tratar das expressões do Estado penal diante de evidências da realidade, em especial, das prisões. Compreendemos que a temática está vinculada às questões atuais e relaciona-se diretamente com o Serviço Social e as mediações necessárias travadas junto aos desafios do atual contexto.

## Controle sociometabólico do capital e o Estado penal

O Estado penal é um dos pilares fundamentais da dimensão política do controle sociometabólico do capital<sup>1</sup> pois realiza a coesão básica dos microcosmos socioeconômicos constitutivos do sistema global, operando um sistema de comando político abrangente do

---

1 Mézáros, a partir da análise de produções teóricas de Karl Marx, observa a relação entre o modo de produção capitalista e a reprodução que reverbera em relações estranhadas e que perpetuam a acumulação do capital em detrimento à vida. Denomina esta relação de controle sociometabólico do capital. O leitor pode conferir e aprofundar esta análise a partir de Ribeiro (2017).

capital ao atuar como o seu suporte político, jurídico e administrativo. Explica Mészáros (2002, p. 124) que “[...] o Estado – em razão de seu papel constitutivo e permanentemente sustentador – deve ser entendido como parte integrante da própria base material do capital”. O Estado em ação está, portanto, relacionado com o comando político do sistema capitalista que se articula com a formação, a consolidação e o funcionamento das estruturas reprodutivas da sociedade que realizam a regulação social.

Na análise dos fundamentos ontológicos do Estado moderno, destaca-se a intrínseca relação entre capital e Estado e, segundo Mészáros, trata-se de uma ampla reciprocidade que se materializa em expressões de que o Estado é Estado da classe dominante. Ou seja, ele “[...] contribui de modo significativo não apenas para a formação e a consolidação de todas as grandes estruturas reprodutivas da sociedade, mas também para seu funcionamento ininterrupto” (Mészáros, 2002, p. 125). Nesse sentido, torna-se parte integrante, constitutiva do capital por ser catalisador das forças sociometabólicas deste, deixando de ser apenas uma superestrutura política representativa do capital. O Estado reproduz, nesse movimento, expressões da violência estruturante do modo de produção capitalista caracterizada pela produção e acumulação de riquezas por meio da reprodução de mecanismos de expropriação da força de trabalho, resultando na exclusão da classe trabalhadora ao acesso à riqueza socialmente produzida. Tal violência se expressa, entre outros aspectos, em mecanismos de controle de suas refrações sob os grupos humanos, dentre os quais estão a apologia ao armamento; as prisões; os extermínios. Expressa-se, também, na reprodução de valores avessos ao humano-genérico<sup>2</sup> que orientam comportamentos violentos.

Trata-se, no que tange a esse último aspecto, de expressões de violência reproduzidas pelos sujeitos sociais que, sem reconhecerem a possibilidade de expressar sua particularidade, sem terem consciência da possibilidade de ultrapassarem valores contrários à humanidade, contribuem para a manutenção de uma sociabilidade burguesa, marcada pelo individualismo, preconceito e outras formas de violação da dignidade dos seres humanos.

Reportamo-nos, portanto, à violência que aparece como subjetiva, porque reproduzida por sujeitos sociais, mas que, de fato revela adesão acrítica a valores construídos por dada sociabilidade e que se tornam objetivados. Referimo-nos aqui ao racismo, ao sexismo, ao *bullying* cada vez mais presentes nas relações profissionais e acadêmicas. Esses aspectos da violência são negligenciados pelo Estado que, para cumprir seu ideário de garantidor da ordem e coesão social (segurança pública), tem, na criminalização da pobreza e no fortalecimento do aparato coercitivo, uma de suas maiores expressões. Então, essas determinações fazem parte de da constituição do Estado penal, que amplia a política de encarceramento e disciplinamento da classe trabalhadora.

---

2 O termo humano-genérico vem da análise de Marx, na qual os seres humanos fundam, pelo trabalho, o próprio gênero humano, já que a partir do salto ontológico propiciado pelo trabalho são seres que se distanciam da natureza e fundam o ser social; daí a designação humano-genérico, a qual está presente nos *Manuscritos econômico-filosóficos de 1844*.

## Expressões do Estado penal na contemporaneidade

Em um sistemático estudo sobre o sistema penal estadunidense, o sociólogo francês Løic Wacquant (2001, 2003, 2008) denuncia que a ampliação abrupta do número de presos nos países centrais está profundamente relacionada à diminuição do *Welfare State* e conceitua como Estado penal esta tendência da política estatal de recrudescimento de estratégias de disciplinamento e controle das classes trabalhadoras, em detrimento de políticas de proteção social. Para esse autor, “na medida em que a rede de segurança do Estado caritativo se desfaz, a malha do Estado punitivo foi chamada a substituí-la e a lançar sua estrutura disciplinar nas regiões inferiores do espaço social [...]” (Wacquant, 2003, p. 110).

Defende-se nesse artigo a perspectiva luckasiana que nos alerta para a reprodução, na sociabilidade burguesa, da dicotomia entre bem e mal como se esses fossem ou tivessem sua gênese numa teleologia apriorística. Ao contrário desta perspectiva, Lukács (2013) defende o pôr teleológico como ato fundante da atribuição de valores: bom e mau; útil e não útil. Essa dicotomia, que advém da perspectiva apriorística, tem rebatimentos no senso moral que divide os seres humanos entre os “do bem” e os “do mal” e que naturaliza comportamentos como se esses fossem desvinculados do movimento concreto da realidade social e das possibilidades de escolhas entre alternativas concretas inscritas nessa realidade. É uma perspectiva que tende a criminalizar e culpabilizar os seres humanos sem a análise das condições concretas nas quais se inscrevem suas ações.

A ênfase no Estado penal apresenta-se rodeada de fenômenos que, na aparência, justificam o interesse em defender a população considerada como “do bem” e que reproduzem a violência estrutural da sociabilidade burguesa. A promulgação de leis mais rígidas com penas severas; a tipificação de novos crimes; a valorização de discursos e práticas que demarcam o cunho coercitivo e moralista; a revisão das leis de proteção social; as tentativas de aprovação de porte de arma para determinados grupos da sociedade; a guerra contra às drogas; e a constituição de novas forças coercitivas do aparelho do Estado tendem a culminar em um resultado: o crescimento do encarceramento, por um lado, e a crescente tendência à criminalização dos que não participam da riqueza socialmente produzida, os que estão entre as estatísticas do que denomina-se de “pobreza”. Em síntese, essa realidade evidencia ações “mais vingativas do que racionais, mais simbólicas que materiais” (Garland, 2020, p. 401).

Grupos humanos descartados pelas condições de concorrência em sua fase da mundialização do capital e sem política de proteção social são responsabilizados pelas suas condições materiais de existência e a legitimação do Estado, diante do abandono de suas funções de reponsabilidade social, se faz, entre outros formas, pela criminalização desses grupos humanos. Nessa direção, tanto Garland (2008) quanto Wacquant

(2001) apontam que, nos anos de 1960, a demografia penitenciária dos norte-americanos estava em decréscimo, inclusive no número de reclusos. Dentre as contribuições de ambos os autores, ressalta-se a alteração dessa tendência ao decréscimo desde a transição do modelo econômico-social pós-fordista ao neoliberal, que tem impactos no aumento do encarceramento.

A diminuição do número de presos, na década de 1960, possibilitou que houvesse um debate sobre a implementação de penas alternativas ao cárcere. A prisão seria aplicada, portanto, somente para casos de extrema violência, privilegiando penas pecuniárias, liberdade vigiada, livramento condicional e outras formas de alternativas penais. Segundo os autores, naquele período houve a impressão de que a prisão estava com seus dias contados ou, ao menos, diminuiria paulatinamente suas taxas de encarceramento. “O autor [Garland] identifica, nos últimos vinte e cinco anos do século passado, o início de mudanças significativas no campo de controle do crime e da justiça criminal” (Schabbach, 2023, p. 2).

Em acordo com o pensamento desses autores, o sociólogo italiano Dario Melossi (2006, p. 11) identificou que, “ainda no início dos anos 1970, tanto as principais orientações políticas nos Estados Unidos e nos outros países desenvolvidos quanto as principais leituras dos fenômenos previam uma obsolescência mais ou menos veloz da instituição carcerária”. Entretanto, conforme afirma Pastana (2012, p. 28), observa-se a tendência de os Estados de abandonar as políticas protetivas, “[...] especificamente no campo penal, de natureza preventiva, e passaram a adotar modelos meramente punitivos e repressores”.

Assim, os anos subsequentes foram marcados por aumentos expressivos nos números de encarcerados e na diminuição e fragmentação dos seguros sociais, ocasionando “[...] o maior e mais consistente aumento das taxas de encarceramento observado desde o nascimento da prisão moderna, no século XX” (Garland, 2008, p. 59). Na análise do autor, o sistema capitalista passou de um regime que tudo controlava na economia, com vistas a garantir autonomias e liberdades pessoais, para um sistema que libera o econômico e controla as liberdades individuais pela coação do Estado.

No contexto dos países centrais, o que se viu, após décadas de crescimento econômico, de pleno emprego, de aumentos salariais, de altas taxas de lucro, de segurança previdenciária, foi o esgotamento da expansão econômica, o colapso do ordenamento financeiro mundial e a alta nos preços do petróleo, o que fez com que a ilusão dos *anos dourados* fosse enterrada em meados da década de 1970, quando houve uma depressão generalizada, que envolveu “[...] simultaneamente todas as grandes potências imperialistas” (Netto; Braz, 2011, p. 224).

As amplas transformações históricas, econômicas e sociais que marcaram as últimas décadas do século XX assinalam as mudanças que levaram a uma sociedade globalizada,

marcada pela insegurança, pelos riscos e pelos desafios do controle sociopenal<sup>3</sup>. As determinações dessas transformações são encontradas no processo de acumulação do capital e de constante mobilização em busca de novos mercados, maiores lucros e vantagens competitivas (Garland, 2008).

As intervenções estatais de diversos matizes, enquanto expectativa de política criminal sob metáforas de violências e insegurança, evidenciaram “resultados que às vezes eram preventivos, às vezes punitivos, mas sempre mais extensos e mais intensos do que antes” (Garland, 2020, p. 397). Por certo, sabemos que o direito penal também serviu como instrumento de sujeição e controle social. O controle, a repressão e reprodução das desigualdades sociais são evidenciados pelas prisões daqueles considerados categorias subalternas e constituídos por estereótipos de parte de alguns agentes do Estado, como os da segurança pública, sistema de justiça criminal e sistema de justiça juvenil.

As consequências dessa realidade foram desastrosas para a burguesia e, também, para os trabalhadores, diante da falência dos modelos de Estado de Bem-Estar Social e transição ao projeto neoliberal. Essa profunda crise estrutural leva o sistema de dominação do capital a se afundar em todos os níveis: “econômico, social, político, ideológico, valorativo, o que se obrigou a desenhar uma nova engenharia da dominação” (Antunes, 2020, p. 260).

Nesse contexto de crise estrutural, o neoliberalismo se impõe como perspectiva política e econômica. A tese de Wacquant (2001) é que tal perspectiva transformou o sentido da assistência social na direção do tratamento penal da marginalidade urbana, dos indesejáveis e subalternos. Para esse autor, na falta de qualquer rede de proteção social, “[...] a juventude dos bairros populares esmagados pelo peso do desemprego e subemprego” busca meios de sobreviver e os encontra naquilo que o Estado apresenta como ilegalidade (Wacquant, 2001, p. 8).

As características da política social de cunho liberal implantadas nos EUA são exemplos tácitos dos caminhos que os estadunidenses percorreram ao afastarem-se de um Estado com capacidade de intervenção nas expressões contemporâneas da questão social. “Na contraface desse ideário apologético e mistificador, afloraram as consequências reais no mundo do trabalho: terceirização nos mais diversos setores; flexibilidade ampla; subemprego”, dentre outras características (Antunes, 2020, p. 288).

Os ventos do crescimento econômico e das taxas de lucro, que pareciam sem fim nos países capitalistas centrais, foram suplantados pela crise e pelas enormes desigualdades sociais.

Pressupondo-se que uma integração entre o sistema de reestruturação produtiva (taylorismo-fordismo) e o modelo econômico keynesiano adotado consolidaria um ca-

---

3 Nos referimos ao conceito do controle sociopenal na mesma perspectiva de Silva (2011) ou da criminologia crítica, em que a expansão do Estado penal de cunho neoliberal e repressivo expressa que a proteção integral de adolescentes, jovens e adultos é ambivalente e trivial..

pitalismo democrático, à base do consenso e da democracia representativa, o que se viu, após três décadas de crescimento econômico, foi o esgotamento da expansão econômica, o colapso do ordenamento financeiro mundial e a alta nos preços do petróleo (Netto; Braz, 2011; Antunes, 2020). Esses fatores contribuíram para que houvesse uma generalização instantânea de um arranjo capitalista “[...] que atrelou ao todo do globo, o sucesso dos empreendimentos econômicos à nova face da política criminal” (Pastana, 2012, p. 25). Esse esgotamento é resultado do próprio capitalismo que, de tempos em tempos, promove crises cíclicas que fazem parte do seu sociometabolismo. Como afirma Netto (2012, p. 415), as crises “[...] fazem, também necessariamente, parte da dinâmica capitalista - não existe capitalismo sem crise. São próprias deste sistema as crises cíclicas [...]”.

As guerras mundiais, as epidemias e pandemias, a mudança no modo de produção, a destruição dos recursos da natureza, dentre outros exemplos, permitem ao sistema estabelecer um novo período de expansão dos lucros e de acumulação privada das riquezas para continuar se reproduzindo. Um exemplo desse fato é o que se revelou com a realidade da pandemia do coronavírus provocada pela síndrome respiratória aguda grave Sars-COV-2, responsável pela doença de coronavírus 2019 (Covid-19). Passaremos, então, a sinalizar evidências empíricas dos efeitos dessa crise na realidade do cárcere.

## Evidências da realidade no cárcere no contexto da Covid-19

A morte de milhares de pessoas no mundo se aproximou da casa dos milhões, segundo apurou uma reportagem da BBC News Brasil publicada em maio de 2022. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que o número real de mortes por Covid no mundo pode ter chegado a 15 milhões. A OMS levou em consideração, para fazer os cálculos, também “as mortes que não foram diretamente causadas pelo coronavírus, mas, sim, pelos efeitos indiretos da situação sanitária. É o caso, por exemplo, das pessoas que não conseguiram acessar hospitais para cuidar de outros problemas de saúde” (Grimley; Cornish; Stylianou, 2022, p. 2). Neste caso, podemos inferir também indivíduos presos no sistema carcerário.

Dentre essas mortes, a letalidade é maior entre as pessoas mais vulnerabilizadas, sendo elas pretas/negras, pobres, idosas, encarceradas. No que tange ao Brasil e aos países mais populosos do mundo, a pesquisa também fez análises sobre “as taxas de excesso de mortes em relação ao tamanho da população de cada país. A taxa de mortalidade em excesso do Brasil – e de outros lugares, como Reino Unido, África do Sul e EUA – ficou acima da média global durante 2020 e 2021” (Grimley; Cornish; Stylianou, 2022, p. 4).

Assim, aqueles que residem nos bairros mais periféricos e que sofrem com o racismo, com a desigualdade social, com condições de moradia precária, com o acesso desigual à saúde, ao transporte e com a impossibilidade de se isolar, se tornam mais vulneráveis e

sofrem mais os efeitos da doença como uma condição que tem sido identificada em todos os países atingidos pela pandemia. As prisões também são locais de vulnerabilidades.

As pessoas privadas de liberdade são mais vulneráveis ao surto de qualquer doença, e com o coronavírus (Covid-19) não seria diferente. Elas vivem em locais confinados, como celas, cubículos, alas, setores compactados e, portanto, esse confinamento, aliado às condições de insalubridade, pode atuar como fonte de infecção, amplificação e disseminação de doenças infecciosas. Se considerarmos ainda que as principais medidas para minimizar a possibilidade de contágio eram isolamento e boa higienização, algo impraticável no interior das penitenciárias, podemos concluir os tipos de riscos desta parcela da população<sup>4</sup>.

Nas prisões estadunidenses, 8% da população carcerária – aproximadamente 121 mil pessoas – estão sob a responsabilidade da iniciativa privada, que administra parte das instituições prisionais do país. Em 2016, Barack Obama, quando presidente, suspendeu o uso dessas prisões, mas Donald Trump, ao tomar posse, “[...] as reativou, o que fez com que o valor das ações das duas maiores empresas do setor subisse muito: a CoreCivic subiu 56%, cotada à US\$ 22,78. Já a GEO Group teve um acréscimo de 46%, à US\$ 23,02” (DCO, 2020, p. 2). No contexto inicial da Covid, 1.072 detentos testaram positivo para o coronavírus numa mesma prisão federal do Texas, nos EUA, que tinha no período em torno de 1.800 presos (UOL, 2020).

Em diversos locais foram realizados protestos. Na Flórida, foi criada “uma linha direta pela qual os presos, anonimamente, podiam deixar mensagens. Um detento escreveu: “na enfermaria vi um paciente com coronavírus, sangrando e tossindo. Ele morreu logo depois. Passei as últimas 72 horas sem acesso a banheiro ou higiene” (DCO, 2020). Nesse contexto, “[...] a compaixão para com os delinquentes é cada vez mais suplantada” (Garland, 1999, p. 60).

O que vimos foram as manifestações dos familiares e ativistas não sendo atendidas, o que não surpreende considerando-se que, até mesmo para a população em geral, os governos negaram os testes de Covid. Na compreensão dessa realidade, alinham-se aspectos materiais concretos, como “o racismo estrutural e a intersecção de categorias como classe, raça e gênero que evidenciam o processo de vulnerabilização de grupos” (Fernandes *et al.*, 2020, p. 4) subalternos como forma contundente de precarizar a vida e expressar o aprofundamento do Estado penal.

No contexto prisional dos EUA, a maior parcela da população carcerária é de pessoas que cometeram pequenas infrações, que não podem pagar os custos da fiança, ou, ainda, de milhares de imigrantes ilegais encarcerados. Os dados apontaram que “em 2020 e 2021, cerca de 1 em cada 4 pessoas na prisão foi detida por contravenção ou infração

4 O leitor pode localizar na mídia impressa exemplos concretos dessa realidade. Dentre esses, estão fatos noticiados em G1-DF (2020). É possível também consultar o artigo *Combate ao covid-19 no sistema penitenciário e socioeducativo: impossibilidades no Estado Penal?* (Fernandes; Costa; Guedes, 2020), que faz uma reflexão sobre a pandemia e algumas medidas para amenizar esse contexto no cárcere.

civil, e cerca de 1 em cada 5 violou uma condição de sua supervisão de liberdade condicional ou liberdade condicional<sup>5</sup>” (Sawyer; Wagner, 2023, p. 5).

No Brasil, também vimos algumas medidas desde a restrição à soltura de alguns presos, como evidenciaram alguns posicionamentos do Superior Tribunal de Justiça e Procuradoria-Geral da República ao negar soltura dos presos do grupo de risco da Covid-19 na ação de *habeas corpus* impetrada pela Defensoria Pública da União (STJ, 2020).

Um claro exemplo são as mulheres gestantes e mães que estavam presas e de forma recorrente estão invisíveis. Durante o período severo da pandemia elas não puderam receber visitas ou as entregas externas de alimentação complementar e itens de higiene. Isso provavelmente impactou nas condições de saúde, higiene, alimentação e proteção dessas mulheres e bebês. Elas foram incluídas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Justiça no grupo de risco, mas muitas dessas mães, gestantes e lactantes tiveram seus pedidos negados pela Justiça (STJ, 2020) para a progressão às penas alternativas ou prisão domiciliar.

O pedido das defesas desse público-alvo teve como base a Recomendação 62/2020, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que apresentava orientações ao Judiciário a fim de evitar contaminações em massa pelo novo coronavírus dentro do sistema prisional e socioeducativo. O relatório do Conselho Nacional de Justiça sobre mulheres presas que estavam grávidas ou mães de crianças até seis anos de idade informa que: “as mulheres gestantes e mães que estão no sistema penitenciário são recorrentemente invisibilizadas, e os quantitativos disponíveis são imprecisos. As informações sobre o quantitativo de grávidas, lactantes e o número de filhos(as) nas unidades são centrais” (CNJ, 2022, p. 12). Essa realidade nos mostra que, mesmo com a promulgação de marcos legais de proteção dessas categorias, ainda é possível observar um expressivo descumprimento dos direitos e garantias.

Dentre estas legislações podemos mencionar o intitulado Marco Legal da Primeira Infância da Lei nº 13.257/2016, que modificou alguns aspectos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, prevendo a obrigatoriedade do Poder Público à garantia para a gestante e a mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiente que atenda às normas sanitárias e assistenciais para o acolhimento de seus filhos, visando ao desenvolvimento integral da criança.

As condições no sistema prisional, que já eram péssimas em termos de habitabilidade e com superlotação, além de haver falta de cuidados com a saúde, o que é bastante comum em tempos normais, contribuíram para a disseminação da Covid-19, como já ocorria com outras doenças, como a tuberculose, por exemplo. Alerta realizado pelo porta-voz do Escritório do Alto Comissariado da Organização da Nações Unidas para os Direitos Humanos

---

5 Tradução livre dos autores a partir do original: “In both 2020 and 2021, about 1 in 4 people in jail was held for a misdemeanor or civil infraction, and about 1 in 5 had violated a condition of their probation or parole supervision” (Sawyer; Wagner, 2023, p. 5).

(ACNUDH) manifestou que “Milhares de presos e agentes penitenciários já foram infectados com COVID-19 na América do Norte e do Sul. Em muitos países, o crescente medo de contágio e falta de serviços básicos – como o fornecimento regular de alimentos devido à proibição de visitas familiares – provocaram protestos e motins” (ONU, 2020, p. 2).

Assistimos a algumas reduções nas populações carcerárias do Brasil e do mundo. Alguns dados apontam até em torno de 25%. Nos EUA, uma pesquisa indicou que: “Embora as mortes na era da COVID não tenham conduzido à redução da população prisional, as mortes nas prisões dos EUA aumentaram 46% em 2020 e, em 2021, ainda estavam 25% acima dos níveis pré-pandêmicos, apesar da diminuição da população prisional<sup>6</sup>” (Sawyer; Wagner, 2023, p. 4).

Importa salientar que esses fatos evidenciam uma orientação política neoliberal associada ao recrudescimento e populismo penal. Esse sistema punitivo, em tempos de política neoliberal, propõe maior intervenção do Estado policial e penal em detrimento de um Estado com medidas de proteção social. Na obra *As duas faces do gueto*, Wacquant explicita que esse movimento [...] resultou em três transformações na esfera do Estado que estão intimamente ligadas: remoção do Estado econômico, desmantelamento do Estado social e o fortalecimento do Estado penal” (2008, p. 96).

Todavia, nos últimos anos não foi a Covid-19 o elemento de maior contundência para o cárcere, e sim o chamado Pacote Anticrime. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) demonstrou que “o marco recente que mais impactou na piora das condições no sistema prisional vem de antes da pandemia de Covid-19. Em 24 de dezembro de 2019, foi publicada a Lei nº 13.964/2019, o conhecido Pacote Anticrime” (FBSP, 2022, p. 396).

A ordem burguesa exige que o Estado exerça o papel de punição, ao mesmo tempo em que se apropria das estatais, deixando um Estado mínimo para a proteção social. Nessa direção, a pesquisadora Vera Malagutti aponta que “o principal poder decantado desse conjunto de movimentos punitivos vai ser a legitimação da intervenção [...]. Quanto maior a conflitividade social decorrente de devastação promovida pelo capital, maior deve ser a legitimidade da pena” (Batista, 2012, p. 314-315). Neste contexto, presenciemos aumentos expressivos da população carcerária nos últimos dois anos, quase 8% em 2021, o que equivale a 815.165 pessoas privadas de liberdade, fechando em dezembro de 2022 com 832.295 (FBSP, 2022).

Neste contexto, procuramos demonstrar nesta abordagem teórica uma análise do fenômeno do encarceramento na conjuntura nefasta do neoliberalismo. Inevitável, nesse

---

6 Tradução livre dos autores a partir do original: “While COVID-era deaths did not drive the reduction in prison populations, deaths in U.S. prisons increased by 46% in 2020, and in 2021 were still 25% above pre-pandemic levels, despite the smaller prison populations” (Sawyer; Wagner, 2023, p. 4).

percurso, identificar as influências do modelo norte-americano de encarceramento e suas influências nos demais países. Inevitável, também, destacar expressões dessa denegação, no período da fase aguda de Covid-19, tal como fizemos nas reflexões apresentadas nesse artigo.

## Considerações finais

Sabemos que as crises sanitárias e pandêmicas são expressões do aprofundamento destrutivo do desenvolvimento capitalista. Neste sentido, elas expõem ciclos de violências de toda ordem, produzindo um imenso retrocesso na promulgação de políticas de proteção social. A realidade nos mostrou o fortalecimento e o avanço das forças conservadoras, ultraneoliberais, associadas com o populismo penal, como a Lei Anticrime, de cunho neoconservador.

Neste texto, procuramos associar o controle sociometabólico do capital aos efeitos contemporâneos do Estado penal. Essa associação, diante da pandemia da Covid-19, integra-se ainda mais à fase de profunda crise econômica mundial. Procuramos demonstrar que a atual crise do capital não se explica apenas por uma crise sanitária, mas, sobretudo, está cunhada de forma estrutural, em especial desde meados da década de 1970, como apontou Mészáros (2002). Expusemos que o Estado penal, diante das evidências da realidade em especial, no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo, repercute de forma contundente na subjetividade objetivada dos encarcerados.

Compreendemos que a temática está vinculada às questões atuais e relaciona-se diretamente com o Serviço Social e as mediações necessárias travadas junto aos desafios cotidianos do exercício profissional, inseridos, sobretudo, no sistema penal. Contudo, buscou-se apresentar aproximações a um debate cuja complexidade requer análise de mediações que ultrapassam os limites de um artigo, a exemplo de outras formas de controle sobre os corpos no sistema prisional, como a tornozeleira eletrônica. Trata-se de uma temática cujo campo de debates, em conformidade com o movimento da realidade, nos lança a novas e complementares pesquisas.

**Contribuições dos/as autores/as :** Ambos os autores participaram da concepção, elaboração e revisão do artigo.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.:

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

- ANTUNES, R. *O privilégio da servidão*. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BATISTA, V. M. (Org.). Adesão subjetiva à barbárie. In: BATISTA, V. M. *Löic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal*. Rio de Janeiro: Revan, 2012.
- CNJ. Conselho Nacional de Justiça. *Mulheres presas e adolescentes em regime de internação que estejam grávidas elou que sejam mães de crianças de até 6 anos de idade*: sumário executivo. Brasília: CNJ, 2022.
- DCO. Diário da Causa Operária. *Nos EUA, um massacre silencioso de presos*: prisões nos EUA serão campos de extermínio se nada for feito. Diário da Causa Operária, 21 abr. 2020. Disponível em: <https://www.causaoperaria.org.br/nos-eua-um-massacre-silencioso-de-presos/>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- F BSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022*. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=4>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- FERNANDES, M. N.; COSTA, R. P. da; SILVA, L. M. O.; GUEDES, O. de S. Combate ao covid-19 no sistema penitenciário e socioeducativo: impossibilidades no Estado Penal? *Revista Observatório*, v. 6, n. 2, abr.-jun. 2020. Disponível em: <http://https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/10540>. Acesso em: 12 jun. 202
- G1-DF. Presídios do DF registram 998 infectados pelo coronavírus. *G1*, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/06/02/presidios-do-df-chegam-a-998-infectados-pelo-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- GARLAND, D. *A cultura do controle: crime e ordem social na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Revan, 2008.
- GARLAND, D. As contradições da “sociedade punitiva”: o caso britânico. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 13, nov. 1999.
- GARLAND, D. Sociedades com elevadas taxas de delitos e cultura do controle. Trad. Mariana Chies Santiago Santos. In: SOZZO, M. (Org.). *Para além da cultura do controle? Debates sobre delito, pena e ordem social com David Garland*. Porto Alegre: Aspas, 2020.
- GRIMLEY, N.; CORNISH, J.; STYLIANOU, N. Número real de mortes por covid no mundo pode ter chegado a 15 milhões, diz OMS. *BBC NEWS*, 5 maio 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-61332581>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- MELOSSI, D. Discussão à guisa de prefácio. In: DE GIORGI, A. *A miséria governada através do sistema penal*. Trad. Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2006.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Trad. Paulo Cezar Castanheira; Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2002.
- NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 111, jul./set. 2012.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2011.

ONU. Organização das Nações Unidas. *ONU alerta para condições precárias nas prisões das Américas em meio à pandemia; cita Brasil*. ONU, 6 maio 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-alerta-para-condicoes-precarias-nas-prisoos-das-americas-em-meio-a-pandemia-cita-brasil/>. Acesso em: 15 out. 2023

PASTANA, D. R. Estado punitivo e pós-modernidade: um estudo metateórico da contemporaneidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, set. 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/5000>. Acesso em: 13 jun. 2020.

RIBEIRO, D. C. Apontamentos sobre o sistema sociometabólico do capital em István Mészáros. *Aurora*, Marília, v. 10, n. 1, jan./jul. 2017.

SAWYER, W.; WAGNER, P. *Mass incarceration: the whole pie 2023*. 14 mar. 2023. Disponível em: <https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2023.html>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SCHABBACH, L. M. David Garland e a segurança pública brasileira. *Dilemas*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2023.

STJ. Superior Tribunal de Justiça. *Negado pedido de habeas corpus coletivo para todos os presos em grupos de risco do coronavírus*. STJ, 3 abr. 2020. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Negado-pedido-de-habeas-corpus-coletivo-para-todos-os-presos-em-grupos-de-risco-do-coronavirus.aspx>. Acesso em: 12 jun. 2023.

UOL. Coronavírus: prisão bate recorde com mais de mil pessoas infectadas nos EUA. *UOL*, 18 jul. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2020/07/18/coronavirus-mais-de-1000-detentos-sao-infectados-em-prisao-dos-eua.htm>. Acesso em: 12 jun. 2023.

WACQUANT, L. *As prisões da miséria*. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

WACQUANT, L. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos da América*. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WACQUANT, L. *As duas faces do gueto*. São Paulo: Boitempo, 2008.

# Prof. Dra. Sônia Barros<sup>1</sup>: resgatando a política de Saúde Mental no Brasil

*Dr. Sônia Barros: rescuing Mental Health policy in Brazil*

Ana Inês Simões Cardoso de Melo\* 

Ney Luiz Teixeira de Almeida\*\* 

Nossa entrevistada desta edição, Profa. Dra. Sônia Barros, é a atual diretora do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento esse que foi criado pela atual estrutura de gestão federal do Ministério da Saúde, denotando maior atenção à área de Saúde Mental, com a possibilidade de recursos e estratégias para esta área de política pública.

Oriunda da formação em Enfermagem, nossa entrevistada conta com extensa trajetória na área de Saúde Mental, inclusive tendo sido agraciada com o Prêmio Nise da Silveira, no ano passado.

Nesta entrevista, Sônia Barros, partilha conosco parcela dos limites, desafios e possibilidades que tem experimentado no âmbito da gestão de uma área de política social. E o faz, em um contexto no qual devemos considerar todos os avanços que as áreas de Saúde Pública e, em especial, a Saúde Mental construíram para um projeto de Reforma Psiquiátrica, frente aos retrocessos do último período. Evidencia, dessa forma, as controvérsias de projetos e processos em disputa e os desafios que se colocam para a gestão, na atualidade.

Com a palavra, Sônia Barros, e o convite para a leitura de suas contribuições a tema tão candente, ainda mais quando consideramos os dias que correm...

**Em Pauta** – Agradecendo uma vez mais o aceite ao nosso convite para esta entrevista, iniciamos lembrando o Prêmio Nise da Silveira, que você recebeu no ano de 2022. Gostaríamos que comentasse a respeito, considerando sua trajetória profissional junto à questão dos cuidados voltados à atenção integral aqueles e aquelas que experimentam o sofrimento psíquico em suas diferentes manifestações.

## ENTREVISTA

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80430>

<sup>1</sup>Professora Titular aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e Professora Sênior no Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil. Diretora do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. E-mail: saudemental@saude.gov.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6346-9717>.

\*Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, E-mail: iness@infolink.com.br.

\*\*Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: neylta@hotmail.com.

Como citar: BARROS, S. Prof. Dra. Sônia Barros : resgatando a política de Saúde Mental no Brasil [entrevista]. MELO, A. I. S. C. de; ALMEIDA, N. L. T. de. *Em Pauta*: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 204-214, jan/abr., 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80430>

Recebido em 10 de outubro de 2023.

Aprovado para publicação em 03 de novembro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

**Sônia Barros** – Agradeço o convite da *Em Pauta* para essa entrevista. Eu recebi o Prêmio Nise da Silveira no ano passado, 2022. Eu me senti muito honrada. Veio em um momento que eu pude, inclusive, fazer uma reflexão desse percurso que eu tenho na história da Enfermagem, da Saúde Mental, das políticas de Saúde. A construção que foi possível fazer nessas décadas de vida pessoal e profissional.

Foi um momento bastante importante, não só porque eu particularmente estava recebendo o prêmio, mas também porque se deu naquele momento, ainda naquele governo, ainda naquele congresso, se retomava a uma outra forma de ver o Prêmio Nise da Silveira, que nos anos anteriores, tinha sido indicado, inclusive, para movimentos que não são, não eram e não foram movimentos da Reforma Psiquiátrica, da Política de Saúde Mental que a gente vinha construindo há décadas. Eles retratavam exatamente o retrocesso que estava em termos de gestão de políticas públicas de Saúde, especialmente da Saúde Mental.

Então, foi uma grande honra poder estar ali. E eu acho que também vem junto, com essa questão profissional, o fato de a Nise ter sido a figura que foi, como mulher – e aí tem essa identidade que passa pela situação também de gênero. E, também, com a questão que nós agregamos, da Ivone Lara, como uma mulher negra e que era da enfermagem e que ajudava a Nise da Silveira naquele processo revolucionário de, por meio da arte, poder trabalhar com o psíquico das pessoas e dar às pessoas uma oportunidade de expressão outra, que não fosse vista como sintoma, como sinal de loucura. Então, é isso. Eu me senti muito honrada, muito premiada, me emociono até hoje. É uma coisa importante, na minha vida e nesse percurso.

**Em Pauta** – Muito bom ouvi-la assim, com essa emoção ainda à flor da pele. E, sobretudo, neste resgate do período em que foi de fato agraciada com o prêmio... No nosso país, nos últimos anos, nós temos sido marcados pelo aprofundamento da crise econômica, social e política e por inflexões substantivas a nosso frágil processo democrático. Esses processos também impactaram nas políticas públicas e sociais, com o retrocesso no investimento público – cada vez mais visto como gastos – e desfinanciamento sob a pressão draconiana de um regime fiscal de austeridade constitucional da Emenda 95. Como você vê as implicações desses processos para as políticas de Saúde Mental e como podemos estabelecer um paralelo, em termos de limites, possibilidades e desafios para a gestão atual do governo federal nessa área?

**Sônia Barros** – Nós estamos vivendo neste ano, acho, que um novo momento, mas ainda sob o impacto da gestão passada. Afinal, para além de todo aquele clima de violência, de ódio etc., era um governo que tinha um direcionamento contra os direitos sociais, contra os direitos humanos e, por isso mesmo, atacou fortemente as políticas sociais de

um modo geral. Impacto maior nas políticas de Educação e de Saúde, mas, de fato, em todas as políticas sociais – especialmente aquelas que dão algum esteio à população mais vulnerabilizada foram atacadas. Acho que todos nós somos testemunhas do processo que foi a tentativa de desmonte do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde. E, se não fosse a covid, não sei o que teríamos hoje em termos de Sistema Único de Saúde, porque teria sido um ataque mais maciço. E isso ficou expresso na PEC 95 e todos os reflexos de retirada de recursos dessas políticas sociais.

No Ministério da Saúde, acho que a situação ficou bem evidenciada. O período de transição para este novo e atual governo – inclusive aqui, no Ministério da Saúde –, vai evidenciando todas as questões que foram deixadas de lado. Em termos mais gerais, a falta de dados, dados epidemiológicos, falta de relatórios, falta de insumos. A gente pode falar de faltas, faltas e faltas...

Nesse âmbito, nós tivemos o ataque à política de Saúde Mental. Eu denomino, assim, como ataque, porque se atuou no sentido de provocar retrocessos na política que vinha sendo construída há mais de três décadas, desde a década de 1970. Como portarias, com atos normativos que faziam com que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pudesse sofrer retrocessos, criando e recriando procedimentos que privilegiavam o hospital psiquiátrico, privilegiava a internação; e que a política que nós vínhamos construindo dizia que isso é manicômio, que cuidar é em liberdade.

Foi toda uma normatização e um financiamento de estruturas e procedimentos que faziam o caminho inverso. E, ao contrário desse investimento, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços assistenciais terapêuticos não sofreram qualquer reajuste, em seus procedimentos defasados... E a gente sabe que isso prejudica a iniciativa e a criação de novos serviços. Os municípios ficam presos pela falta de investimento. Então, no momento atual, eu creio que mesmo herdando essa economia mais global, mais geral, com problemas – que não são só Brasil, existem outros problemas, internacionais. Enfim, existem questões econômicas que perpassam os países de modo geral, guerras, a própria situação dos Estados Unidos etc., e que também repercutem aqui. E a própria política, que foi se levando aqui, com o desmonte da indústria brasileira e um único mecanismo de produção de recursos.

Agora, mesmo nessa situação, acho que o novo governo traz um alento em termos de onde investir, como investir, trazendo de volta não só recursos para as políticas públicas, as políticas sociais, mas também refazendo instâncias de deliberação e participação da população, que faz com que a gente tenha como, inclusive, discutir um orçamento participativo, pensar em planejamento junto com o que a população pode trazer de ajustes para esses orçamentos, para os planos participativos. Então, o que a nova gestão traz, e

aqui no Ministério da Saúde, particularmente, e nós deste departamento... o governo já traz uma outra perspectiva.

Aliás, o governo traz também uma novidade que demonstra a sua preocupação e a sua priorização da questão da Saúde Mental ao criar um Departamento de Saúde Mental, quer dizer, ampliar a estrutura – antes, existia uma Coordenação. Ao ampliar essa estrutura, também se ampliam as possibilidades de recursos, de diálogo e recursos diversos, financeiros, humanos e de estratégias, inclusive, com uma estrutura departamental. Então, isso favorece a priorização, a ampliação e a reconstrução da política de Saúde Mental no país. E é isso que nós estamos fazendo. A ministra da Saúde e assim como o secretário da Secretaria de Atenção Especializada – que é onde está hoje o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras drogas – têm nos dado apoio, apoio inclusive priorizando os recursos financeiros, para que a área possa retomar fôlego e, emergencialmente, inclusive, poder expandir essa rede.

Então, abriu-se o sistema de credenciamento, para que os municípios possam pedir novos serviços dentro daquilo que a Reforma Psiquiátrica preconiza nos termos comunitários. Começou-se a habilitar serviços que estavam aí, na fila, esperando essa habilitação e não se fazia, porque era para não fazer serviços comunitários. Houve uma recomposição já de custeio, o que é um investimento alto, talvez o maior que a gente tenha conhecimento na área de Saúde Mental, porque o investimento – para além do que era do orçamento – é um investimento de mais de 200 milhões de reais, ainda este ano, com o reajuste feito para os CAPS, em serviços residenciais e terapêuticos, e um aporte de mais 400 milhões para o ano que vem junto com o orçamento. Então, isso, de fato, nos deixa animados com a perspectiva de ampliar a rede, de qualificar essa rede, de capacitar os trabalhadores da rede, porque é possível. A gestão nos diz que é possível fazer isso. Isso deixa a gente bastante animada.

**Em Pauta** – A terceira questão que aqui propomos, retoma um pouco isso, porque, na anterior, nós ficamos mais centrados na questão do financiamento. Mas, queremos aqui complementar em termos das concepções e das práticas. Ou seja, a despeito de todos os avanços que conquistamos com a Reforma Psiquiátrica, verificamos que ainda permanecem disputas entre os modelos manicomial e hospitalocêntrico e o de Atenção Psicossocial. Como é que você percebe essas disputas que acabam colocando frente a frente os traços conservadores ainda presentes na sociedade brasileira? Quer dizer, não é uma questão restrita à Saúde Mental, mas ante a lógica do cuidado, da afirmação dos direitos humanos, sociais e da atenção integral à saúde, como é preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Solicitamos para focar isso, no que se refere à Saúde Mental, nas disputas de modelos que convivem ainda no cotidiano dos serviços, na sociedade e na percepção das pessoas.

**Sônia Barros** – Na verdade, esses traços conservadores, eles tiveram a oportunidade agora de emergir e ficar bem claro vários aspectos da nossa sociedade. Os traços culturais, o senso comum, como é que ele foi e teve espaço, inclusive para se organizar nas formas mais virulentas, expressas por violências, por opiniões e por falta de respeito à opinião do outro e com mecanismos repressivos, inclusive, entre pares.

Na área da Saúde Mental, essa disputa de modelos vem já há algumas décadas... – 1940, 1950 –, não se podia falar de um outro tipo de cuidado que não fosse aquele centrado no hospital e que cuidar das pessoas com doença mental era igual a ter que tirá-las da nossa sociedade, isolá-las, discipliná-las e sob tratamento médico – que era uma trilogia, vamos dizer assim, do século XVIII, com o Pinel, que formalizou isso. É uma perspectiva que foi reproduzida ao longo dos séculos e, ainda hoje, são concepções vigentes, mas também fomos criando espaços para outras concepções que dizem que o sujeito é importante e que precisamos cuidar da pessoa sem negar o seu processo de sofrimento. Sem negar essa possibilidade do adoecimento e sem negar o cuidado necessário, mas colocar em perspectiva e como nosso objetivo, na nossa frente, a pessoa. E reconhecendo que a pessoa não precisa estar isolada, afastada, marginalizada, criminalizada por ter um diagnóstico ou por ter um sofrimento mental.

Então, esses modelos sempre estiveram em disputa desde que se começou a criticar o modelo hospitalar, lá no pós-guerra, no século passado, com as propostas que vieram já na Europa... Enfim, com os movimentos que foram se organizando ainda no século passado, na crítica ao modelo hospitalar, e, desde então, existe essa disputa, mesmo com a entrada de outras concepções teóricas, tais como a psicanálise etc. Mas esses modelos vão criando um movimento de disputa. E que aqui no Brasil, quer dizer, desde as décadas de 1950, 1960, já se começa também a questionar o modelo hospitalocêntrico e se colocar – como a própria psicanálise e esses movimentos que vão acontecendo na Europa –, uma disputa por uma proposição, por um novo modelo, que pudesse cuidar das pessoas ou da comunidade fora do hospital psiquiátrico.

O que nós podemos ver é uma evolução na própria sociedade, entre os profissionais, de um modo geral, na escolha por um modelo – que é o que a proposta da Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216 vão dando sustentação, ao dizer que uma rede de serviços da comunidade é a possibilidade que as pessoas têm de serem cuidadas por equipe multiprofissional, retirando de um único profissional essa possibilidade e responsabilidade do cuidado, partilhando isso com a equipe multiprofissional. E com essa modalidade de serviço, que também não é única, é uma rede que pode atender esse sujeito nas suas diversas fases, etapas, no processo saúde-doença mental.

Nesse período que nós passamos, aconteceu com a saúde mental, acho que o mesmo que aconteceu com as outras questões da sociedade, em relação às concepções,

em relação à violência, à repressão. E se deu a oportunidade, então, da exposição de um discurso que achávamos reduzido, mas que, na verdade, ele estava recuado e, nessa possibilidade, nessa forma de gestão, de governo, que nós tivemos que experimentar, ele encontrou eco. E possibilidades de falar alto, e não só falar alto, mas propor mudanças daquilo que estava em execução, apesar das evidências científicas que dizem que a rede comunitária de Saúde Mental reduz o risco de internação, reduz suicídio onde tem CAPS. As pessoas aderem ao modelo comunitário. Vários estudos que vão dizer da efetividade e da eficácia da rede comunitária. Assim, faz-se todo um movimento normativo e de discurso contra o processo da Reforma Psiquiátrica. Principalmente – e eu acho que isto precisa ser dito –, porque nós temos duas grandes questões: nós temos uma questão que é em relação às associações, de um profissional da saúde que evidencia o seu discurso com esse propósito; e, claro, que nós temos o senso comum ainda contaminado. Porque são processos ideológicos, de formação de pensamento, que não são modificados tão rapidamente, existe um tempo de transformação.

E, para além disso, eu acho que uma questão que é fundamental é a do processo de formação dos profissionais da Saúde. Nós temos ainda um grande número de cursos na área da Saúde e o curso de medicina fortemente, cuja base prática e de aprendizado é o hospital psiquiátrico, o campo de formação é o hospital psiquiátrico. E, ainda, mesmo como uma tentativa de que exista uma modernização do pensamento organicista dentro da psiquiatria, mas ele é basicamente isso – um pensamento organicista, biologicista. E, prioritariamente, são essas concepções que sustentam a formação dos médicos e da maioria dos profissionais na área da Saúde. Então, é um processo que precisa ser modificado, evidentemente, e, também, é onde emana a grande dificuldade de você ter trabalhadores qualificados para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

É preciso constantemente ter como estratégia e como prioridade o processo de educação permanente, para que possa fazer uma certa compensação desse processo de formação. E, também, precisamos ter as estratégias conjuntas – Ministério de Saúde, Ministério de Educação ... –, de modo a ver como influenciar esses processos de formação ou esses processos de capacitação pós-universidade – para que a gente possa ter resultados a médio e longo prazos. Não adianta expandir redes se nós não tivermos trabalhadores que entendam, compreendam e trabalhem nessa perspectiva do cuidado e de liberdade. E é isso que a gente está procurando aqui fazer.

**Em Pauta** – Complementando, como este processo repercutiu e vem repercutindo na questão específica do uso de álcool e outras drogas? Especificamente em relação a esta questão, a gente herdou retrocessos das políticas governamentais do período anterior que incidiram, significativamente, como você mesma colocou, com o retorno e reafirmação

do proibicionismo, da alienação, do isolamento, da estigmatização dos usuários – que você comentou do senso comum e dessas perspectivas em disputa que ainda se fazem presentes... O que observamos é que esses processos acabaram culminando na retomada do modelo de medicalização, com a internação compulsória, de que são exemplos a preconização e investimento que houve em comunidades terapêuticas em detrimento e sucateamento das políticas de Saúde Mental, organizados pelo SUS, com a Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS. Como e quais têm sido as possibilidades e avanços para enfrentar esses desafios que se colocam aí – porque houve, inclusive, mudanças normativas, de regulamentação –, considerando a concepção das políticas, a gestão, a estruturação de serviços? Acreditamos que todo o Ministério da Saúde está sendo reestruturado e reorganizado, tendo em vista o que ocorreu anteriormente. Então, como é que você vê as possibilidades – como também os avanços já realizados –, para enfrentar os desafios que não são poucos, diante do que vocês encontram, na área de Saúde Mental, para gerir e estruturar os serviços? E, também, em relação ao financiamento?

**Sônia Barros** – Bom, a questão, eu acho, já traz metade da resposta. Não se tem dúvida, ao se analisar esse processo de retrocessos na Saúde, que o programa mais atacado, eu diria, foi aquele relacionado às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. E isso se traduziu, como também dito, em normatizações, em portarias que traziam possibilidades de uma outra forma de cuidado que não é aquela que a gente construiu e preconizava com a Reforma Psiquiátrica.

Em termos de possibilidades, do que fazer com isto – acredito que é possível estabelecer uma certa relação –, com o que nós temos feito e ainda estamos fazendo no departamento, é uma revisão de legislação e com a revogação de uma portaria que era considerada a portaria-mãe que patrocinava a maior parte das normatizações de retrocesso. Então, essa portaria foi revogada. Por exemplo, nesta portaria, preconizava-se o CAPS, de álcool e outras drogas (o CAPS-Ad IV), com uma proposição de leitos, dentro dessa unidade, dezenas de leitos, o que quase configurava um mini hospital. As poucas experiências que aconteceram desses CAPS-Ad IV mostravam que esse CAPS era quase uma porta de entrada e encaminhamento para estruturas repressivas, manicomiais, como são as comunidades terapêuticas. Estou dando como exemplo porque estava dentro da Portaria 3.588, que já foi revogada.

E, agora, nós estamos vendo junto com as estruturas, com os entes federados, com o CONASS e CONASEMS, para revogar, e, também, para dizer o que vamos fazer com as estruturas que foram cadastradas, credenciadas, que estão aí nos municípios. A gente está fazendo esse diálogo com as representações dos entes federados, os municípios, os estados. Porque a intencionalidade é sempre esta: a gente fazer uma gestão que seja uma gestão

interfederativa, junto com os entes federados. Então, nós estamos fazendo esse enfrentamento com as questões do retrocesso e tomando outras medidas.

É claro que a Política de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, foi completamente desarticulada. Enquanto em alguns outros aspectos da política mais geral sobreviveram – existem pessoas que fazem e fizeram a resistência nesse período –, já, a de álcool e outras drogas foi bastante desarticulada. Nós estamos agora nesse processo de retomada, eu nem diria de reconstruir, mas de construir a Política de álcool e drogas, fundamentada nos direitos humanos, na conversa interministerial fundamental, como, por exemplo, com os Ministérios da Justiça, dos Direitos Humanos. Nessa perspectiva de que o enfrentamento dessa situação não é uma questão só de saúde; igual a questão de saúde mental, que também depende muito de uma política intersetorial, a de álcool e drogas se evidencia ainda mais. Então, nós estamos nesse processo de construção dessa política. Nós temos algumas diretrizes que já estão formuladas ou que nós temos como imagem-objetivo, que é trabalhar com a redução de danos, porque entendemos também que o cuidado para as pessoas que têm necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas também é o cuidado de passagem. Então, a estratégia de redução de danos parece que é aquela que melhor se aplica, nas suas várias perspectivas, e que tem diferenciação entre um projeto e o outro. Mas nessa perspectiva: de estar com o outro e atender suas necessidades de forma que ele possa ter alguma qualidade no seu processo de vida. Nós estamos com ampliação e priorizando a habilitação e, inclusive, a construção de CAPS-Ad. Entendemos que uma maior oferta possibilita que as pessoas contem com esse equipamento, em vez de outros, para atender às suas necessidades. E um projeto, que ainda vamos disparar esse ano, de qualificação dos trabalhadores da rede e não só da rede CAPS-Ad, mas a rede de modo geral, para a compreensão exatamente desse processo, da questão da redução de danos, de tratamento em liberdade. Porque também temos trabalhadores novos da rede, gente que entra, gente que sai, e que, por vezes, também pode vir para o processo de trabalho, com as questões... ou pelo senso comum ou por esse processo de formação conservador, por vezes até mesmo reacionário, e pelo que está na mídia – e a mídia, por vezes, também conta com alguns processos equivocados. E essas são as formas que a gente está utilizando para reconstruir a política. Nós ainda não estamos com a política assentada, nós estamos criando as condições e firmando as diretrizes. Para a gente ter essa política assentada, a gente vai precisar fazer isso conjuntamente com os movimentos, com as associações, com os estudiosos da área, nós temos pesquisadores comprometidos com esse processo. Então, vai ser um trabalho conjunto, mas precisamos de algumas diretrizes. A gente está entendendo que as diretrizes são essas: expandir a rede, processos de qualificação dos trabalhadores através de educação permanente e uma escolha por estratégias que contemplem, que apoiem o cuidado e a liberdade, como a redução de danos.

Vocês perguntam, citam a comunidade terapêutica – e vocês sabem, mas é preciso reafirmar, a comunidade terapêutica não é um serviço de saúde. Portanto, não está no Ministério da Saúde, não é credenciada pelo Ministério da Saúde. Está em um outro ministério e é nesse que os recursos são destinados, sejam recursos governamentais, sejam recursos de emendas parlamentares, que são altos. Recursos de emenda parlamentar são fortes nas comunidades terapêuticas. E nós aqui, no Ministério da Saúde, que cuidamos da Saúde, de promover saúde, vamos reconstruindo a Política de Saúde Mental, buscando essas parcerias – com a SENAD, com Ministérios da Justiça, de Direitos Humanos ..., para construir uma política que promova a saúde.

**Em Pauta** – De certa forma, Sônia, você já até introduziu elementos da última questão. E aí você vê o que prefere destacar. Nós observamos que, historicamente, sempre ocorreu uma mobilização substantiva do movimento social, envolvendo usuários, familiares, trabalhadores de saúde e do próprio ambiente acadêmico, como você destacou. E, então, a nossa questão é como têm sido retomadas essas relações com os movimentos sociais, no campo da gestão governamental, e quais são os principais desafios a enfrentar hoje?

**Sônia Barros** – Acho que é isso: temos um governo que resgata a participação da população no exercício da gestão, da construção de políticas. E isso se deu, está se dando, de várias formas, inclusive voltando legalmente com os conselhos, enfim, que foram destituídos no governo passado e os quais estão retornando, e que nós também temos participado enquanto Ministério da Saúde, enquanto Departamento de Saúde Mental. Nesse governo, já se retomou a existência de conselhos que tinham sido destituídos.

Nós temos que pensar, e eu estava chamando a atenção para o seguinte: a participação de usuários de serviços de saúde nessas instâncias, que são instâncias que ajudam na elaboração e/ou no controle e fiscalização das políticas governamentais na área de Saúde. A participação dos usuários, por meio das associações, é muito forte, mas a gente vê também uma grande dificuldade que nós temos com os usuários de saúde mental serem representantes nessas instâncias de conselhos. Então, acho que nós temos aqui uma preocupação que é definir mais claramente qual é a forma que nós vamos ter de fortalecer as associações de usuários e familiares, mas fortalecer a presença do usuário e dos familiares.

Agora nós vamos ter a V Conferência de Saúde Mental e esse processo já vem há mais de dois anos – o que era para ter acontecido ainda na gestão passada, que não colocou recursos para isso e essa conferência vem sendo adiada. Finalmente, ela vai se realizar agora nesta nova gestão. Quando assumi a direção do departamento, o compromisso primeiro, evidente, foi de poder fazer a quinta conferência, que já estava bastante organizada pelo Conselho Nacional de Saúde. Mas, no processo de organização desta conferência,

nas conferências municipais, estaduais, a gente escuta os relatos das dificuldades dos usuários e familiares da saúde mental em, de fato, se tornarem os delegados dessas conferências municipais, estaduais como vias à Conferência Nacional. Porque, na disputa com outros usuários do Sistema Único de Saúde, às vezes, dificulta, porque todos nós somos usuários do sistema e todos nós podemos disputar, enquanto usuários do Sistema Único de Saúde. Mas, por vezes, há entidades fortes ... Então, eu acho que é uma preocupação, que está aqui colocada para a gente, é como fortalecer essa participação inicialmente e, inclusive, para ocupar esses lugares que já existem, que estão aí nos Conselhos desde a promulgação da Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde. Então, esses lugares já existentes, como nós, enquanto gestão, nós, enquanto trabalhadores, nós, enquanto professores, estudantes, nós podemos fortalecer de forma a efetivar a participação dessas pessoas nesses lugares existentes para que elas possam, inclusive, reivindicar novos lugares nessa construção das políticas sociais e públicas do país. Então, isso, quer dizer, de um modo geral, que a gente volta a ter essa aproximação.

Acho que a V Conferência vai ser um momento bastante importante, mesmo com essa dificuldade, mas os usuários estarão presentes, os trabalhadores estarão presentes, a gestão estará presente. Os eixos que serão discutidos são super importantes para a construção e renovação da Política de Saúde Mental, trazendo questões bastante importantes, significativas nesse processo, em que a gente tem que incorporar questões que ainda não havíamos incorporado, como a questão das populações vulnerabilizadas. Ter uma Saúde Mental que não é específica, mas que deve ter o olhar para a diversidade. E a diversidade está composta das questões de gênero, de raça, de classe social. Precisamos retomar isso. Por alguns anos, aparentemente, ignoramos, no sentido de que não efetivamos ações que contemplassem essas questões. E eu acho que a conferência vai ser um momento importante para elaborar, para clarear para um público maior essas questões que já estão postas. São postas, inclusive, aqui dentro do departamento: a gente criou uma assessoria de etnia, raça e gênero, exatamente para colocar na estrutura do departamento alguns eixos, que a gente acha, fundamentais. Nós temos uma coordenação de desinstitucionalização e direitos humanos. Nós temos a assessoria de raça, etnia e gênero, porque eu acho que são preocupações fundamentais, que traçam o nosso eixo, a nossa diretriz na construção dessa política. E ter a participação de usuários e familiares nesse processo de construção será bastante importante e significativo. E aí volto para a conferência, nessa expectativa de que ela traga também novos ares, novas perspectivas para a gente.

**Em Pauta** – Então, chegamos ao final, mas podemos não ter tocado em algum ponto que você considera essencial, que seja importante. Procuramos, a partir do nosso roteiro, tratar das questões, mas pode ter nos escapado algo, algum ponto que você queira acrescentar de algum tema ou questão que não tratamos... Então, se você quiser pode complementar.

**Sônia Barros** – Então, eu acho que eu fui falando ao longo da entrevista..., mas é importante reafirmar, por exemplo, essa questão da raça, etnia e gênero, que é fundamental para se ter essa política. Eu acho que eu fui falando das questões que eu acho que são importantes. Porque, na verdade, é todo um contexto que está muito relacionado, articulado, para se fazer a crítica ao processo e a uma proposição, algo mais prospectivo, mas também o presente, porque já estamos com algumas coisas acontecendo. A gente conta com recursos que não tinha e a gente está reconstruindo a Política de Álcool e Drogas. A gente está com esse olhar para a questão de gênero, etnia e fazendo intersectorialidade e um trabalho interministeriais. Estamos com ações pensadas conjuntamente com o Ministério de Integração Racial (dando isso como exemplo) que é o novo. Além desse processo, vamos reconstruir a política, nós vamos renovar. Temos que fazer, então já vamos agregar, já vamos efetivar.

**Em Pauta** – É, porque tem um acúmulo também; tem um retrocesso, mas tem um acúmulo da área. Nesse momento que se reconstrói, vai agregando os novos elementos que já foram maturados pela própria experiência anterior...

**Sônia Barros** – É, é isso, é um processo histórico...

**Em Pauta** – Nós queremos te agradecer, Sônia, pela sua disponibilidade. Avaliamos que vai ser uma bela contribuição para nossa revista, para as(os) assistentes sociais e demais trabalhadores(as) das políticas públicas, não só da Saúde Mental. A *Em Pauta* é uma revista que quer contribuir também com a formação de nossos estudantes e acreditamos que essa entrevista será muito importante nesse intuito. É um número todo dedicado à Saúde Mental. Estamos muito felizes e agradecemos por ceder esse tempo aqui para partilhar isso com o público que vai ler a revista. Assim como estendemos os nossos agradecimentos à Rafaela Oliveira Stuckert e à Professora Rachel Gouveia Passos que intermediaram e viabilizaram essa entrevista.

**Sônia Barros** – Eu que agradeço a vocês, mais uma vez, por terem possibilitado a realização da entrevista, que é sempre um diálogo com o público que, muitas vezes, não tem acesso a como se dá esse cotidiano de gestão. Eu agradeço a oportunidade.

# A teoria racial crítica do pensamento de Fanon e suas encruzilhadas

*The critical racial theory of Fanon's thought and its crossroads*

Roberta Lima Costa\* 

Resenha do livro *Frantz Fanon e as encruzilhadas: teoria, política e subjetividade*, de Deivison Faustino<sup>1</sup>

Nascido em 20 de dezembro de 1925, em Fort-de-France, atual capital de Martinica, o psiquiatra Frantz Fanon confrontou todas as negações a que um homem negro, nascido em terras colonizadas, poderia ser submetido. Fazendo sua experiência pessoal em defesa do povo argelino guiar seus escritos, Fanon expressou em seus textos todas as suas frustrações ao se deparar com as diversas formas de racismo vivenciadas como médico e psiquiatra na luta pela independência da Argélia. Suas obras são um legado deixado há mais de 62 anos<sup>2</sup>, e revelam um militante, pensador e dramaturgo incansável na luta antimanicomial, anticolonial, além de um pan-africanista, marxista humanista e pensador revolucionário.

O trabalho ao qual nos referenciamos é escrito pelo professor e sociólogo Deivison Faustino e é resultado de sua tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade Federal de São Carlos. Neste texto, reformulado durante o tempo da pandemia para que pudesse tornar-se um livro e viesse para os leitores com novas questões que não tinham sido analisadas

1 Deivison Mendes Faustino é formado em ciências sociais pela FSA, mestre em ciências da saúde/epidemiologia pela Faculdade de Medicina do ABC e doutor em sociologia pelo PPGS da UFSCar. É professor adjunto da Unifesp e autor de *Frantz Fanon: um revolucionário, particularmente negro, A disputa em torno de Frantz Fanon: a teoria e as políticas dos fanonismos contemporâneos* e *Frantz Fanon e as encruzilhadas: teoria, política e subjetividade*.

2 Frantz Fanon morreu em 6 de dezembro de 1961, aos 36 anos, decorrente de leucemia.

## RESENHA

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80432>

\*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: social.robertalima28@gmail.com.

Como citar: COSTA, R. L. A teoria racial crítica do pensamento de Fanon e suas encruzilhadas. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 215-219, jan/abr, 2024. Resenha da obra: FAUSTINO, D. *Frantz Fanon e as encruzilhadas: teoria, política e subjetividade*. São Paulo: Ubu Editora, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80432>

Recebido em 18 de outubro de 2023.

Aprovado para publicação em 28 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

pelo Faustino de 2015, o autor se propõe a levantar o que pensadores e correntes teóricas diversas apontam como expressivo do pensamento de Fanon, bem como foi a chegada do martinicano em terras brasileiras. Mas não só. Faustino (2022) aponta também diversas nuances do pensamento de Fanon – o que ele define como encruzilhadas –, e destaca que as obras de Fanon devem ser entendidas como uma “teórica racial crítica” que “foca em uma ontologia moral e social” (Faustino, 2022, p. 108), estruturando um pensamento antirracista e podendo ser objeto dos debates raciais contemporâneos.

Nos primeiros capítulos, Faustino (2022) propõe debater os três principais eixos do pensamento de Fanon, os quais divide em: a sociogênese do colonialismo e a interdição do reconhecimento, a teodiceia, a dupla consciência e o duplo narcisismo e, por último, as dimensões éticas, políticas e estéticas da luta por libertação. A sociogenia é desenvolvida por Fanon na formulação do seu trabalho de conclusão do curso de psiquiatria, em 1951, intitulado *Ensaio sobre a desalienação do negro*. Esse termo é o eixo teórico de um debate que irá traçar a vida política e profissional de Fanon na busca pelo fim do racismo antinegro nas sociedades coloniais, tendo como partida a sociedade francesa e como esta sociedade acaba por impactar a psiquê dos negros e dos brancos.

Esse trabalho foi recusado por seu orientador, o que permitiu que o martinicano realizasse um segundo estudo. Este acabou por resultar em uma das suas obras mais conhecidas, *Pele negra, máscaras brancas*, publicada em 1952. Nesse texto, Fanon se apropria de diversos conceitos de diferentes campos de estudos para analisar e apresentar bases para a superação do sistema colonial e os efeitos desse sistema na saúde mental dos colonizados. Nessa caminhada, Fanon apresentará também pensamentos de defesa de uma luta antimanicomial, já que lançará para a psiquiatria a noção de que os hospícios são instituições “sodomasoquistas de violências que existem apenas para isolar o louco da sociedade” (Faustino, 2022, p. 25), e não para enxergá-lo como um sujeito em sofrimento – sofrimento este que perpassa os âmbitos econômicos e sociais – que deve ser integrado à sociedade.

A sociogenia é o desenvolvimento de um fenômeno social. Essa noção se coloca em oposição às que entendem os fenômenos como algo imutável, ontológico ou estático. Sendo uma mediação dialética com a dimensão histórico-social, pressupõe que não se deve excluir as experiências individuais e nem gerais dos indivíduos, mas entender que os fenômenos são socialmente produzidos. Ao abordar essas experiências, Fanon destaca que a colonização é um dos fatores que atravessam os indivíduos politicamente, socialmente e ideologicamente, afetando suas subjetividades e as noções de si e do Outro.

Para desenvolver esta concepção, ele se baseou na fenomenologia de Hegel, a fim de compreender a relação entre o Eu e o Outro. Ao analisar a sociabilidade colonial, Fanon realiza um desvio da teoria hegeliana, apontando que o racismo impossibilita que a “consciência independente” se enxergue como componente da consciência do Outro, fazendo com que a

“consciência dominada” não se torne uma “consciência-de-si-livre”<sup>3</sup> (Faustino, 2022, p. 58). Nessa direção, destaca que [...] a consciência de minha existência depende da interação e, sobretudo, do reconhecimento dos outros para comigo, pois é na relação com o Outro – como exterioridade objetiva – que me faço e me percebo Eu. (Faustino, 2022, p. 52).

É a partir dessa noção que Fanon apontará que quem cria o negro é o branco. O branco europeu, ao se destacar como modelo de humanidade, acaba por descartar todos os outros que não se assemelham a ele, entendendo-os como menos humanos. O negro, desta forma, acaba por tentar organizar seu corpo, sua língua e seu sistema simbólico dentro dos parâmetros dos brancos, para que desta forma seja visto como humano. Fanon (2020) afirma que, para ter uma “consciência independente”, o negro deve recusar a negrura, mas não sem antes matar o branco que habita perturbadoramente dentro de si (Faustino, 2022, p. 87).

Ao abordar o desejo do negro em fugir das desgraças causadas por nascer negro, Faustino (2022) aponta como Fanon descreve tal desejo e suas implicações. A via afetiva é vista por Fanon como uma das diversas maneiras de embranquecimento. O desejo de embranquecer a família se torna um objetivo atrelado à fuga do ódio que nos é passado há gerações, nos fazendo apagar qualquer simbolismo, cultura ou valor que possa remeter à nossa existência como um objeto indesejável, o Ser negro, sem entender que, mesmo que este se autoflagele em busca da brancura, sempre será visto a partir do seu exterior. A racialização para Fanon é um “círculo vicioso”, já que aprisiona a todos, os brancos e negros, dentro de suas próprias raças, causando uma espécie de “narcisismo castrado”, uma vez que ambos deixam de se reconhecerem no Outro (Faustino, 2022, p. 81).

Ao retornar à noção de colonialidade, destacamos que, para Fanon, o colonialismo não é apenas uma expressão poética ou epistemológica, mas uma estrutura social que deu margem e bases para o surgimento da sociedade moderna. No colonialismo, o colonizado é visto apenas como um meio para um fim, não como um ser com desejos, vontades, pensamentos, motivações. Caso o colonizado produza sentido para si, para as suas ações ou para o mundo ao seu redor, estes seriam imediatamente apropriados por seu colonizador, que se sente o dono deste objeto. Faz-se, assim, com que, segundo Fanon (2020) e Faustino (2022), os escravizados/colonizados sejam reduzidos aos seus corpos.

A partir do dualismo cartesiano, Fanon (1951) aborda o humanismo burguês, ao apontar que dentro dessa perspectiva o corpo deve ser comandado pela razão, e através desta última seria possível expressar a humanidade. Essa humanidade só se realizaria através da sua relação com a natureza. O negro, entendido como mero corpo, despossuído

---

3 Utilizando-se do existencialismo de Sartre, Fanon se baseia no conceito de “ser-em-si” e “ser-para-si” para formular a zona do não ser, em que a liberdade seria resultado da falta de determinação. Esse conceito é trabalhado por Faustino (2022) ao longo do segundo capítulo, o qual deve servir de referência ao leitor mais dedicado.

de razão, “escravo das pulsões naturais e primitivas”, é entendido como um “objeto das relações sociais empreendidas por e entre brancos” (Faustino, 2022, p. 72).

Mais adiante, Faustino (2022) introduz um tema não muito discutido por Fanon, o duplo narcisismo. O autor entende que essa discussão é iniciada por Fanon com base na concepção de dupla consciência de Du Bois (1999), em que este apresentará dois aspectos importantes: o branco já é um ser racializado; por isso, perderá um pouco da sua humanidade ao ter uma visão distorcida sobre este processo e, através do colonialismo, com seu narcisismo acabará construindo um ideal de ego que o fará lutar para que tudo se encaixe neste ideal. Uma das expressões desse movimento é o negro que, desistindo de se humanizar, acabará por aceitar seu lugar de não ser, de sujo, de imundo (Fanon, 2020). A solução, segundo Fanon (1951), seria descartar os termos negros e brancos e caminhar para um novo humanismo, no qual sejam articuladas as demandas particulares e universais do ser, sem essa diferenciação racial.

Sobre o término do livro *Pele negra, máscaras brancas* em tom pessimista, Faustino (2022) nos alerta sobre o período em que a obra foi escrita e sobre a falta de perspectiva de luta coletiva em busca de uma reestruturação. Somente em 1956 é que o cenário muda. Com o surgimento de movimentos para a libertação da Argélia das amarras coloniais, que culminam na Guerra de Independência Argelina, movimento este que perdura por oito anos, Fanon encontra uma forma de concretizar os diagnósticos que apontou em *Pele negra, máscaras brancas*.

Durante esse tempo, Faustino (2022) nos descreve que Fanon busca na “práxis revolucionária” um critério que possa mostrar como se apresentam as relações, recíprocas e distintas, de identidade no interior dos diversos movimentos sociais, políticos e culturais da época (Faustino, 2022, p. 88-89). Esse movimento seria para Fanon a possibilidade de o povo inferiorizado ascender, tornando-se homem e se libertando das amarras coloniais – e o ponto de discordância do psiquiatra com Hegel<sup>4</sup>.

Durante os capítulos seguintes, Faustino (2022) abordará a recepção das ideias de Fanon por diversos pensadores e concepções teórico-ideológicas. Ele fará um passeio pela afrocentricidade, pelo marxismo, pelas ideias pós-coloniais, pela perspectiva *créole*, dentre outros, para destacar como essas correntes de pensamento se apropriaram das ideias de Fanon. No Brasil, o autor se atentará para a relação do martinicano com Paulo Freire, Glauber Rocha, Florestan Fernandes, Renato Ortiz e Octavio Ianni. De forma breve, apenas para incitar o debate, ele falará sobre como as concepções fanonianas aparecem nos trabalhos do

---

4 Há diversas divergências entre Fanon e Hegel, mas vamos nos ater ao fato de que na concepção fanoniana o escravo só alcançaria a liberdade se enquadrando no ideal branco. Para o martinicano, a dialética é o caminho para emancipação, não o trabalho. Seria apenas através da luta política que este indivíduo coisificado conseguiria se enxergar como um agente ativo no processo histórico e, assim, se tornaria um homem livre em todos os sentidos.

Movimento Negro Unificado (MNU), de Lélia González, Márcio Barbosa, Mário Augusto Medeiros da Silva, Neusa Santos Souza e Clóvis Moura. Essa parte ocupará grande parte do livro, possuindo mais de 160 páginas, sendo de extrema importância para os estudiosos de Frantz Fanon e para aqueles que querem ter um debate racializado e descolonizado.

Faustino (2022) consegue, desta forma, fazer um manual/guia sobre as variadas versões de Fanon apresentadas pelas mais diversas concepções teóricas, sem deixar de imprimir sua própria concepção. Como Fanon, o autor nos convida a nos despirmos das concepções mal formuladas ou mal interpretadas dos pensamentos do martinicano e enxergar a concepção terceiro-mundista deste como uma possibilidade do novo.

Assim como Faustino (2022) expressa em seu livro, esta resenha não pretendeu dar conta de todos os âmbitos e encruzilhadas presentes no texto. Nossa intenção era instigar o leitor a procurar essa necessária obra e, por si, compreender todas as nuances que o autor pretende apresentar das concepções de Fanon e de seu acolhimento por outros autores. O autor pontua que sua publicação pretende apenas “oferecer um mapa que permita visualizar as diferentes tendências” (Faustino, 2022, p. 227) para fugir de análises superficiais e arbitrárias, já que traz concepções conflitantes e diversas sobre o pensamento fanoniano. Isso faz com que o texto de Faustino (2022) se torne ainda mais necessário. Além de ser um texto atual, já que o pensamento e as problematizações de Fanon são atuais e necessárias à época em que vivemos, temos que ter em mente que esse campo de estudo se encontra, assim como o mundo, em constante descoberta, nos fazendo estar em constante diálogo com obras como esta.

**Contribuições dos/as autores/as:** Não se aplica.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FAUSTINO, D. *Frantz Fanon e as encruzilhadas: teoria, política e subjetividade*. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

# Mulheres negras, violência e saúde mental

*Black women, violence and mental health*

Ana Carolina Bondezan Nogueira\* 

## Resenha do livro *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*, de Raquel Gouveia Passos

No livro *Na mira do fuzil: a saúde das mulheres negras em questão*, Rachel Gouveia Passos pesquisa um assunto ainda pouco abordado cientificamente e de fundamental relevância social: o sofrimento e o adoecimento psicológico causados pelo longo ciclo de violência sofrido por mulheres negras e seus múltiplos impactos, objetivos e subjetivos. Através da perspectiva decolonial e interseccional, a autora aborda a relação entre racismo, psiquiatria, direito e os processos de subjetivação das mulheres negras.

O livro foi elaborado a partir do estudo de pós-doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PPGD/PUC-RJ), através de uma pesquisa qualitativa realizada com mães e familiares vítimas da violência do Estado. Partindo do interesse na saúde mental das mulheres negras, a autora buscou entender o “crescimento da medicalização, patologização, psiquiatrização do sofrimento e adoecimento psíquico” (Passos, 2023, p. 19), como uma forma de resposta do Estado, que negligencia suas dores e as culpabiliza.

O livro possui cinco capítulos. No primeiro, intitulado *Fábrica de marginais*, a autora aponta a banalização da violência e do racismo contra os negros e os efeitos subjetivos e morais. Neste caminho, traz para o livro as contribuições de Franz Fanon, para “identificar como na formação colonialista, racista, patriarcal, elitista e classista brasileira forjou-se uma noção de negritude que moldou a experiência do ‘não-ser’ (mulher) negra” (Passos, 2023, p. 29). Fanon aponta como os colonizados e racializados eram qualificados através de uma visão idealizada do homem branco, europeu, localizando-o como “não ser”, “não homem”, o que estratifica a humanidade.

## RESENHA

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80436>

\* Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
E-mail: carolinabondezan@gmail.com.

Como citar: NOGUEIRA, A. C. B. Mulheres negras, violência e saúde mental. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 220-225, jan./abr. 2024. Resenha da obra: PASSOS, R. G. *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*. São Paulo: Hucitec, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80436>

Recebido em 25 de setembro de 2023.

Aprovado para publicação em 24 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Ao longo do livro a autora traz a perspectiva decolonial de Aníbal Quijano, que define como “o capitalismo mundial foi desde o início, colonial/moderno e eurocentrado” (Quijano *apud* Passos, 2023, p. 32). Logo, dentro desta perspectiva, a modernidade constituiu uma forma de saber-poder, que nega e destrói as identidades, tradições, culturas, religiões etc.

[...] é pelo debate modernidade/colonialidade que conseguimos virar do avesso, ou melhor, trazer raça e racismo como espinha dorsal da análise, para a compreendermos os contornos do ‘não-ser’ (mulher) negra na sociedade brasileira, sustentado e propagado pela psiquiatria. Na constituição de uma humanidade hierarquizada pela sua racialização e generificação institui-se uma noção fetichizada e universal de ser que é sustentada pela concentração de poder e saber eurocêntrico. Ao decolonizar a organização do sistema mundo também localizamos o saber e poder psiquiátrico e seu maquinário desvelando sua funcionalidade na manutenção daqueles considerados ontologicamente perigosos, violentos e irracionais. (Passos, 2023, p. 22).

A partir do conceito de colonialidade, Rachel Gouveia Passos busca entender como estas mulheres, com seus corpos e subjetividades marcadas pela exploração e opressões de gênero, raça, classe em seu cotidiano, e com sua feminilidade e maternidade negadas, são inseridas numa lógica do “*cuidado colonial ou colonialidade do cuidado*” (Passos, 2023 – grifos no original), não podendo ser mulher e nem mãe, sendo seu papel o de promover os cuidados das famílias e crianças brancas.

O segundo capítulo, *Crimes da paz*, resgata as bases colonialistas e racistas construídas historicamente na psiquiatria, destacando a perspectiva pineliana (Phillippe Pinel) e sua racionalidade, que definia quais comportamentos eram normais e quais não eram, identificando diferenças como doenças. Esta perspectiva ajudou a moldar a noção de “classes perigosas” no Brasil, sempre voltada à negação dos negros, buscando pacificá-los, retirá-los e apagá-los da identidade nacional. Os traumas psicossociais causados por este tipo de sociabilidade violenta expressam a ideia de que a produção sistemática da morte e o sofrimento psíquico causado pela colonialidade forjam um estado permanente de guerra, objetivando o extermínio contínuo do inimigo, conforme a ideia presente na produção de Achille Mbembe.

A guerra às drogas perpetrada pelo Estado nos territórios de favelas e periferias contra a população negra e pobre, abordada por Passos no terceiro capítulo, *Mães de bandido*, é expressão do estado permanente de guerra direcionada para aniquilar os inimigos, ou seja, “os condenados da terra”. Este estado atravessa toda a existência das mães e familiares vítimas da violência e molda todo o processo de sofrimento e adoecimento. A violência estatal decorrente deste terror colonial amplia suas formas de controle com a medicalização e farmacologização das mães e familiares, através do que a autora chama de complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico.

No quarto capítulo, chamado *A favela não é abatedouro*, Passos debate a saúde mental brasileira historicamente marcada pelo racismo e eugenia, com suas práticas de isolamento, internação, manicômios, que reforçam a violência do complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico, mantendo as hierarquias raciais e sociais. A autora resgata a Luta Antimanicomial como questionamento, mostrando as disputas em torno das concepções de Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e da Reforma Psiquiátrica. Passos aponta que a “luta-antimanicomial esteve atrelada às lutas do conjunto da classe trabalhadora”, indicando a lógica manicomial como “fruto da exploração e das opressões da sociedade capitalista” (Passos, 2023, p. 93-94).

A partir das experiências das mães vítimas de violência, que tiveram as vidas marcadas por processos de sofrimentos e adoeceram ao lidar com o luto, a autora aponta a importância do cuidado como expressão da (re)existência. Em territórios marcados pela violência, é na potência do encontro e organização das mulheres e mães que recursos subjetivos são construídos com trocas de afetos e experiências, auxiliando os sujeitos a existirem para além da dor, através de redes de suporte e escuta. É importante dizer que, em muitos casos, estes recursos se transformam em combustíveis para a luta por justiça e memória, como visto nas organizações e coletivos criados pelo país por estas mulheres.

No último capítulo, *Somos todos órfãos?*, Rachel Gouveia Passos “invoca as sabedorias ancestrais, saber e comunicação com a prática em encruzilhada, para combater a colonialidade”. Traz a experiência dos quilombos e, em particular, a do Quilombos dos Palmares como um grande marco de organização e resistência negra contra a escravidão, configurando as primeiras expressões de luta de classes no Brasil, contra a exploração colonial dos primeiros inimigos, “o ponto de partida para uma outra noção” que “ressignifica a imagem do negro contornada pela brancura” (Passos, 2023, p. 112).

Na conclusão deste trabalho, Passos defende que a atenção psicossocial só pode existir em seu caráter antimanicomial, antirracista e decolonial, e como forma de reconhecer e superar a influência higienista, eugênica e racista, que impacta a saúde mental. Neste sentido, a autora conclui que, para a construção de novas práticas de “saber-poder não colonizadas”, a Clínica da Delicadeza é uma saída, pois, numa perspectiva que rompe com a “exploração e opressões que forjam afetos, as relações, o trabalho e as instituições [...], há uma delicadeza para proporcionar um cuidado em saúde mental que não seja violento e destruidor” (Passos, 2023, p. 122). Trata-se de uma forma de cuidado horizontal, baseada na construção coletiva, capaz de negar o silenciamento e de decolonializar a saúde mental e o maquinário manicomial, que opera a destruição da população negra, sendo, assim, anticolonial, antirracista e anticapitalista (Passos, 2023).

Raquel Gouveia Passos traz uma relevante contribuição com suas reflexões acerca dos impactos na vida e na saúde mental das mulheres negras, permeadas por uma vio-

lência muito além da letalidade policial, que mata seus familiares, fruto de uma longa experiência teórica e prática expressa neste livro. É importante apontar que existem outras perspectivas distintas da pós-estruturalista e decolonial, como a perspectiva marxista, que também contribui para as reflexões acerca da violência estatal no capitalismo. Muito embora este debate mereça ser bastante aprofundado, faremos alguns apontamentos iniciais, em diálogo com algumas discussões presentes neste trabalho.

O primeiro diz respeito à concepção de “guerra permanente”, que norteia o livro de Passos e de Achille Mbembe, um dos mais importantes autores no debate sobre racismo na atualidade, criador do conceito de necropolítica (que não é utilizado diretamente no livro), com uma diferenciação da noção de biopolítica de Foucault. Partindo da crítica ao neoliberalismo, chega à conclusão de que a noção de biopoder não é capaz de explicar as formas atuais de gerenciamento de morte decorrentes do racismo e da xenofobia, porque não são exercidas pelo controle da vida e regulamentação dos corpos, como Foucault propõe, e sim pelo contrário. No entanto, mantém a essência do pensamento foucaultiano no sentido de não distinguir “Guerra e Paz”, defendendo a ideia de que “[...] os regimes democráticos são na verdade, permanentes estados de exceção, nos quais regem a guerra civil e a legalização da arbitrariedade” (Parks; Ishibashi, 2021, p. 293). Esta concepção não distingue os diferentes regimes capitalistas (democracia, bonapartismo, fascismo etc.) e sua implicação como política social e econômica, que incide também na prática sistemática de assassinatos de negros, indígenas, povos tradicionais, dentre outros.

Neste sentido, tal como em Foucault, para Mbembe e Passos há uma ausência de resposta para as seguintes questões: qual é a motivação capitalista para o gerenciamento das mortes negras e quais são os interesses por trás da prática de repressão e assassinato sistemático de pessoas negras? O sistema capitalista, com suas instituições e engrenagens, se move a partir das necessidades de exploração do trabalho, se imbricando com variadas formas de opressão para ampliar suas taxas de lucro e estabelecer seus mecanismos de coerção e consenso. Portanto, o que norteia as necessidades de acumulação capitalista não é, por si mesma, a “aniquilação da população negra”, mas sim a tentativa de que negros e pobres continuem compondo a força de trabalho mais barata, precarizada e atomizada. Para isso, é ímpar a manutenção de alta letalidade policial, como mecanismo de subjugação, prática de controle e forma de lidar com a desigualdade e a pobreza, com base na criminalização, repressão e difusão do medo, entre outros modos coercitivos.

O capitalismo precisa da polícia tanto quanto do racismo, pois são fatores estratégicos em sua lógica. A violência no capitalismo está interligada ao trabalho assalariado e, obviamente, profundamente permeada pelo racismo no Brasil. Todavia, ela está determinada sobretudo pelo caráter de classe e das relações que daí se depreendem. Sob direção burguesa, busca-se reprimir e/ou suprimir qualquer possibilidade de resistência que

defenda outro modo de produção ou, ainda, para impor novas formas de exploração em momentos de crise, mantendo-se como sistema hegemônico.

No país em que a precarização do trabalho tem rosto de mulher negra, a luta por justiça contra a violência do Estado também tem essa face. É fato que os jovens negros, majoritariamente pobres e moradores das periferias e favelas, são o principal alvo da letalidade policial. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, cerca de 83% dos mortos pela polícia em 2022 no Brasil eram negros, 76% tinham entre 12 e 29 anos. Estes dados escancaram que a violência policial e o caráter de classe do Estado capitalista produzem mortes sistemáticas de pessoas negras, pobres, homens, mulheres e crianças, impunemente, todos os dias nas favelas e periferias. A violência policial não termina com a bala nos corpos negros; ela deixa um rastro de destruição, despedaçando famílias que, além de lutarem por justiça, precisam lutar pela memória de seus familiares, transformados em criminosos pela polícia e pela opinião pública (Cacau, 2021, p. 214).

Desta discussão depreende-se também a forma de encarar os sujeitos, sendo desnecessária a separação entre a produção de conhecimento dos setores oprimidos e as potencialidades revolucionárias, já vistas historicamente nas lutas da classe trabalhadora, de negros, indígenas, mulheres, LGBTQs, quilombolas etc. A perspectiva de luta antirracista no Brasil e no mundo está intimamente ligada a uma disruptiva contra o capitalismo e que, portanto, exige uma perspectiva crítica e revolucionária.

Nesta disruptiva podemos enxergar potencialidades de transformação também no terreno da saúde mental. Os transtornos relacionados à saúde mental atingem cada vez mais pessoas no mundo e são resultantes de um sistema que existe para explorar e oprimir. Neste sentido, se torna ainda mais notável que, frente a tanta dor e exploração, mulheres como Tereza de Benguela, Luiza Mahin, Dandara e outras tantas lutadoras conseguiram ressignificar suas histórias e protagonizar lutas por liberdade. Esta força e legado residem nas mãos vítimas da violência do Estado, como as Mães de Manguinhos e as Mães de Maio, que transformaram o luto em luta. Estas mulheres são inspirações para que sigamos no combate a fim de acabar com este sistema que gera violência e sofrimento.

**Contribuições dos/as autores/as:** Não se aplica.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Agência financiadora:** Não se aplica.

**Aprovação por Comitê de Ética:** Não se aplica.

**Conflito de interesses:** Não se aplica.

## Referências

CACAU, C. Mulheres negras e o papel da polícia: vidas ceifadas e sonhos destruídos. *In: PARKS, L.; ASSIS, O.; CACAU, C. (Org.). Mulheres negras e marxismo*. São Paulo: Edições Iskra, 2021.

FÓRUM BRASILEIRO de Segurança Pública. *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2023/07/anuario2023.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

PARKS, L.; ISHIBASHI, S. Um debate com Mbembe e a tese da necropolítica em tempos de pandemia. *In: PARKS, L.; ASSIS, O.; CACAU, C. (Org.). Mulheres negras e marxismo*. São Paulo: Edições Iskra. 2021.

PASSOS, R. G. *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*. São Paulo: Hucitec, 2023.

# Generosidade, sabedoria, coragem e retidão de Domingos Sávio Alves

*Generosity, wisdom, courage and righteousness of Domingos Sávio Alves*

Pedro Gabriel Delgado\* 



O nome de Domingos Sávio está perenemente ligado ao processo histórico da Reforma psiquiátrica brasileira (RPb), por seu papel decisivo como gestor da política nacional de saúde mental nos anos 1990, e pela enorme influência que exerceu neste campo até os dias atuais. Foi ele o responsável pela construção (liderando um amplo coletivo de profissionais, usuários e familiares) das bases estratégicas e organizacionais da rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Escrevo esta homenagem em uma dupla perspectiva, entrelaçando a lembrança de fatos históricos da RPb, protagonizados por Domingos, com o afeto cálido (embora triste com sua partida) de uma amizade de mais de quarenta e cinco anos. Conheci Domingos como colega no curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no início dos anos 1970. Fizemos parte de um grupo de amigos, que compartilhávamos os desafios do curso médico,

## HOMENAGEM DE VIDA

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80437>

\* Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [pedrogabrieldelgado@gmail.com](mailto:pedrogabrieldelgado@gmail.com).

Como citar: DELGADO, P. G. G. Generosidade, sabedoria, coragem e retidão de Domingos Sávio Alves. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 226-232, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80437>

Recebido em 02 de novembro de 2023.

Aprovado para publicação em 06 de novembro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

as alegrias da vida de jovens, e a preocupação com os rumos do país asfixiado pela ditadura militar. Domingos estava, com meu irmão Geninho (presidente do Diretório Acadêmico de Medicina) e Jubel Barreto (presidente do Diretório Central dos Estudantes da UFJF), e poucos outros mais, entre os mais ativos na luta contra a ditadura. Foi preso durante uma aula na Faculdade. Ficamos sem notícias precisas dele durante um período; depois foi julgado, junto com seus companheiros, pelo Tribunal da IV Região Militar de Juiz de Fora, foi absolvido e... voltou às aulas. Sereno, bem-humorado, irônico ao relatar sua prisão, sem mostrar abatimento. Sempre admirei esta força e coragem do meu amigo, que o ajudaram também durante o longo e sofrido período de sua doença, muitos anos depois.

## Os tempos da Colônia

Durante muito tempo, Domingos dedicou-se à Neurologia, que havia escolhido desde a Faculdade. Fez residência no Instituto de Neurologia da Praia Vermelha, foi médico concursado do antigo INAMPS, e permaneceu ligado à especialidade durante sua vida. Aproximou-se da saúde mental e tomou uma decisão que lhe abriu novos caminhos: foi trabalhar na Colônia Juliano Moreira, no final de 1982, e construiu a partir dali uma sólida trajetória de gestor e líder do campo da RPb. A Colônia dos anos 1980 foi uma escola de formação para inúmeros “quadros” que militaram na mudança do modelo assistencial da psiquiatria pública brasileira. Com 2500 pacientes internados, e tempo médio de internação de 10 anos, nenhum concurso público há décadas, a Colônia era um triste monumento ao fracasso absoluto do modelo asilar.

Gerida pela extinta Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde, iniciou um processo de transformação, sob pressão das denúncias públicas sobre as condições desumanas oferecidas a seus pacientes. Nos anos 1980, realizou-se um grande esforço de humanização de instituições como a Colônia, o Centro Psiquiátrico Pedro II (hoje Instituto Municipal Nise da Silveira), no Rio de Janeiro, Hospital de Juquery, em São Paulo, Hospital São Pedro, em Porto Alegre. Na Colônia, Domingos inicialmente dirigiu o recém-criado Hospital Jurandyr Manfredini, resultado da transformação de um antigo pavilhão de pacientes de longa permanência em um serviço para atender à população de Jacarepaguá. Poucos anos depois, já no processo de redemocratização do país, Domingos tornou-se diretor da Colônia, ajudando a sustentar e avançar o processo de transformação e abertura daquele velho asilo criado em 1924.

## Declaração de Caracas e a articulação internacional de apoio à RPb

Em 1990, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou uma conferência dos países latino-americanos

para debater a transformação do modelo asilar na direção de serviços comunitários de saúde mental. Trata-se da importante conferência que gerou a famosa Declaração de Caracas, um dos documentos estratégicos do processo de reforma psiquiátrica no continente, e que teve eficácia simbólica e política especialmente no Brasil. Entre os representantes brasileiros em Caracas estavam Domingos Sávio, David Capistrano da Costa Filho, à época prefeito de Santos, onde se iniciara, no ano anterior, a intervenção na Clínica Anchieta e a criação da rede de serviços comunitários, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e o deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), o qual, em dezembro de 1989, havia dado entrada, na Câmara dos Deputados, do projeto de lei propondo a “extinção progressiva dos manicômios”. A Conferência foi convocada e presidida por Ithzak Levav, diretor de saúde mental da OPAS, e teve a participação de Benedetto Saraceno, diretor de saúde mental da OMS. Cito aqui estas pessoas para ressaltar os momentos iniciais de uma articulação, agora (1990) mais ampla que a dos anos 1980, de instituições, projetos e utopias que contribuiriam para o avanço da RPb nas décadas seguintes.

Em um breve salto no tempo, resalto que a OPAS e a OMS realizaram no Brasil, em 2005, a conferência “15 anos de Caracas”, cujo documento final, chamado “Princípios de Brasília”, destaca que apenas dois países latino-americanos haviam avançado em seu projeto de transformação do modelo asilar em direção à atenção comunitária após a Conferência de Caracas, sendo eles justamente o Brasil, além do Chile.

A Declaração de Caracas foi um instrumento de combate para os trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, porque afirmava um compromisso do país com a mudança de sua assistência psiquiátrica pública, e tornava claro o apoio dos organismos internacionais da saúde pública, OPAS e OMS, à proposta de reforma.

Fecho este parêntese temporal, para retomar o fio biográfico da contribuição de Domingos para a RPb, voltando ao início dos anos 1990.

## **Os anos 1990 e o grande debate nacional sobre o projeto de reforma psiquiátrica**

Domingos Sávio tornou-se coordenador nacional de saúde mental em 1990. Importante destacar que o tema da saúde mental não tinha o menor prestígio no âmbito do Ministério da Saúde. Domingos coordenou inicialmente uma equipe de três pessoas, mas conseguiu construir pontes na burocracia ministerial, abrindo um espaço cada vez mais amplo para sua área técnica. Seu projeto de intervenção e sua concepção de gestão da política pública logo se tornou visível. Em um país saído do longo período de ditadura civil-militar, que realizara uma magnífica Assembleia Nacional Constituinte e vinha aprovando mudanças no marco legal de diversas políticas (os dois exemplos maiores, de

1990, são a regulamentação do SUS e o Estatuto da Criança e Adolescente), Domingos percebeu que lhe cabia reunir as aspirações por mudança representadas pelos movimentos sociais, conquistando pouco a pouco, no âmbito da gestão pública, a institucionalidade daquelas propostas de mudança.

Assim, iniciou a publicação das “Portarias do Ministério da Saúde”, começando por um documento de grande valor histórico sobre a mudança normativa, que é a Portaria 224/1991, que introduziu, em um edifício normativo estritamente hospitalocêntrico, os serviços comunitários “Oficinas terapêuticas” e reconhecendo formalmente a existência dos, à época, raros “Naps” e “Caps”. Além disso, fez um enorme esforço de convocação de aliados para aprovar o Plano de Apoio à Desinstitucionalização (PAD), recusado pelo Ministério da Saúde da época, mas que se tornou o embrião do Programa de Volta para Casa, implantado finalmente em 2003.

A meu ver, o mais extraordinário feito político do gestor Domingos Sávio foi propiciar que o debate público sobre a RPb – extremamente aquecido nos anos 1990, em torno da aprovação da lei Paulo Delgado, que tramitou durante 12 anos no Congresso nacional – fosse acolhido, legitimado e fortalecido pelas instâncias de gestão do SUS. Assim, ao conseguir aprovar a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1992, Domingos foi o protagonista de um momento-síntese, pois presidiu uma ágora de grande ressonância em todos os cantos de um país continental. As Conferências Nacionais, criadas pela lei 8192/1990, do SUS, tiveram importância decisiva para permitir o debate de ideias e propostas, construir alianças, estabelecer compromissos políticos e éticos do Estado (Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) com as deliberações aprovadas em gigantescas plenárias de mais de mil pessoas. Na CNSM de 1992, 200 dos mil delegados eram usuários ou familiares ligados aos novos serviços de base comunitária. A proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico pela saúde mental comunitária (termos constantes do relatório final) foi aprovada e desdobrada em diversas propostas de intervenção e inovação.

Destaco a II Conferência porque, a meu ver, ela ilustra bem o modo de atuar e a liderança de Domingos como gestor público. Ainda nos anos 1990, ele foi sucedido na coordenação nacional pelos integrantes de sua equipe, Alfredo Schechtman e Eliane Seidel, e depois por Ana Pitta. A marca da gestão na área de saúde mental do Ministério da Saúde foi a continuidade, destacando-se a presença constante de Domingos como o principal mentor da política neste período de construção e consolidação da RPb no plano do Estado brasileiro.

A aprovação da lei 10216, em abril de 2001, e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro do mesmo ano, vieram permitir o aprofundamento e aceleração das propostas e conquistas construídas neste período, de 1990 a 2000, sob a liderança firme e unanimemente reconhecida de Domingos Sávio.

## A palavra serena e sábia, e o otimismo na política como método

O período de 2001 a 2015 foi de grandes avanços na RPb, tanto no plano da gestão pública como nos âmbitos do debate político, mobilização social e referencial epistemológico. Consolidou-se o conceito de “campo da atenção psicossocial”, surgido no Brasil justamente na segunda metade da década de 1990, e a mobilização em torno da consígnia da Sociedade Sem Manicômios (adotada pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, no Congresso de Bauru, em 1987, por influência da tradição da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria). O ciclo de governos democrático-populares de 2003 a 2016 (interrompido com o golpe de abril de 2016) fez avançar o SUS como política pública e ampliou o espaço de gestão da saúde mental, com implantação de 2700 serviços comunitários públicos, 600 residências terapêuticas e diversos outros avanços concretos, que ajudaram a mudar o cenário da saúde mental brasileira, consolidando as propostas oriundas do período dos anos 1990, nos quais Domingos Sávio teve papel central.

Destaco a continuidade estratégica e política das diversas coordenações de saúde mental do Ministério da Saúde, desde a entrada de Domingos Sávio em 1990, como um legado do próprio Domingos, que sempre foi o ponto de referência para a sustentação de uma estratégia de ampliação do espaço político da saúde mental na gestão do SUS. Com estilos, origens, contextos de formação e visões de mundo diversos, os coordenadores de saúde do Ministério, entre 1990 e 2015 (Domingos Sávio, Alfredo Schechtman, Eliane Seidel, Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado e Roberto Tykanori) lideraram processos de avanço da RPb que sustentaram uma coerência clara com as premissas políticas e éticas da desinstitucionalização, protagonismo e autonomia dos usuários de serviços, integração intra- e intersetorial, e cuidado em liberdade. A partir de 2001, a gestão pública de saúde mental, sob a égide normativa da lei 10.216, pôde consolidar-se no plano institucional. Tendo sido eu próprio um desses coordenadores nacionais, considero que a influência de Domingos assegurou uma espécie de linha-mestra estratégica em todo o processo (que só foi interrompida quando a própria democracia ruiu em 2016).

Após sua saída da gestão ministerial, Domingos continuou sendo uma figura-chave na formulação de políticas, gestão de crises e análise de situações, sendo interlocutor regular dos inúmeros gestores e militantes do campo da saúde mental dos vários estados do país. Era sempre consultado, participava de seminários e debates, serenava os ânimos dos companheiros no calor de controvérsias. Sempre foi um otimista na política, exceto, naturalmente, a partir do golpe de 2016, que pariu o contexto de devastação ético-política e fascismo que marcou o país até o final de 2022.

A descontinuidade brutal de várias políticas públicas entre 2016 e 2022 vai sendo enfrentada agora, com um esforço de reconstrução iniciado desde a derrota da extrema-direita nas eleições de outubro de 2022, e a posse do governo Lula em janeiro.

Uma nova gestão do Ministério da Saúde assumiu (sobre os escombros da tragédia sanitária da pandemia, acentuada pelo negacionismo e a irresponsabilidade). A coordenação de saúde mental amplia seu espaço na estrutura do Ministério, e a nova gestora nacional de saúde mental, Sônia Barros, anuncia que a V Conferência Nacional de Saúde Mental terá o nome de Domingos Sávio, como um reconhecimento e uma insígnia da resistência do movimento da reforma e da retomada dos seus pressupostos éticos, teóricos e políticos.

## O legado do Instituto Franco Basaglia

Domingos presidiu o Instituto Franco Basaglia (IFB), uma organização civil de defesa dos direitos do usuário de serviços, durante mais de 10 anos, enfrentando inúmeras dificuldades e desafios, e chamando a si a responsabilidade pela boa condução do processo de encerramento daquela instituição. O legado do IFB para a saúde mental nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói é extraordinário, pois contribuiu para a implantação e consolidação de serviços territoriais (Caps) em contexto de grandes dificuldades. Além disso, fica o legado do IFB como agenciador potente de iniciativas de promoção dos direitos do paciente e de atividades culturais, como o Bloco Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou (em colaboração com o Instituto Philippe Pinel e IPUB), para citar apenas o exemplo mais famoso. A serenidade e coragem de Domingos foram fundamentais para a construção da história do IFB, que encerrou suas atividades há alguns anos. É justo lembrar que a capacidade de reunir e agregar solidariedade permitiu a Domingos contar, no IFB, com a dedicação de pessoas valiosas como Lisete Vaz, Ruth Mylius Rocha, Sérgio Levcovitz e Neli de Almeida.

As limitações físicas que acompanharam a vida de Domingos não o impediram de exercer sempre suas virtudes de generosidade, atenção ao outro, argúcia na análise de contextos adversos da RPb e uma valorização extrema da amizade.

## Homenagem e lembrança do amigo

Drummond disse em um aforismo prosaico que a amizade é como as plantas, que não devem ser muito nem pouco regadas. Fui amigo do Domingos Sávio durante quase 50 anos, e acompanhei de perto sua trajetória no campo da saúde mental e sua vida. Conheci de perto sua família e amigos de Piedade do Rio Grande, a pequena cidade nas montanhas do Campo das Vertentes em Minas Gerais. Caminhamos a mesma “estrada de Minas pedregosa” e adotamos o Rio de Janeiro como nossa cidade. Temos inúmeros amigos em comum. Enfrentamos muitas lutas ombro a ombro. Nossas famílias são amigas, e um grande afeto circula entre todas as pessoas de seu círculo.

Durante muitos anos, meu amigo sofreu os danos físicos e emocionais de uma doença progressiva e incurável. Enfrentou heroicamente esta sina, sempre com estoicismo e coragem. Era um estoico. Era igualmente uma pessoa amorosa, alegre, com uma ironia suave e fraterna ao falar dos dissabores e se referir a alguma característica de amigos comuns. Cultivava seus amigos, seguindo a recomendação prosaica de Drummond: nem sequidão, nem água em excesso. Sua enorme liderança entre os trabalhadores da saúde mental se deve a sua gentileza com todos, sua inteligência, mas especialmente à sua generosidade em escutar e compartilhar o que a experiência lhe ensinara.

Nutria uma ligação comovente com seus familiares de Minas, seus amigos, e especialmente com sua mulher Regina e seu filho Bernardo. Quando suas limitações físicas passaram a impedir seu deslocamento a outras cidades, comparecia a reuniões e seminários através de vídeos gravados com esmero em sua casa, e parecia (como no encontro 20 Anos de Bauru) que ele estava mesmo presente ali conosco. Lembrei-me especialmente deste vídeo, porque o assisti ao lado de nosso companheiro comum, Antonio Lancetti, que comentou: “ele está dando uma aula!”. Uma aula sobre a sabedoria necessária para enfrentar os desafios da Reforma. Uma lição, oriunda da experiência e da generosidade em compartilhá-la.

Agradeço à revista *Em Pauta*, através de Mônica César, pelo convite para escrever esta homenagem de vida ao Domingos Sávio do Nascimento Alves. Percebo que não consegui fugir de algumas veredas autoetnográficas, por minha admiração pessoal e ligação de afeto com o homenageado. Tenho pensado que a trajetória pública de Domingos Sávio deveria ser mais conhecida pelas novas gerações do campo da saúde mental. São jovens que defendem a Reforma, a luta antimanicomial e o cuidado em liberdade, e vão assegurar sua continuidade, em cenários diferentes. A História é mudança contínua, mas não se faz sem referências e memória. Estamos em um novo tempo, com novos desafios e dificuldades. Domingos Sávio nos inspira.

*Para Regina e Bernardo*

# Pintando com a câmara fotográfica

*Painting with the câmera*

Eduardo Vasconcelos\* 

*“O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.  
É preciso transver o mundo”  
(Manoel de Barros)*

O tipo de arte que apresento aqui pode ser visto por várias perspectivas, por exemplo filosóficas, estéticas, existenciais, psicológicas, sociais, ecológicas etc. Como este número da revista *Em Pauta* é dedicado à temática da saúde mental, quero me dedicar aqui a suas dimensões estéticas e particularmente psicológicas.

A percepção representa um elemento central e dinâmico da experiência humana individual e coletiva, como doadora de significados e sentidos para a realidade que nos cerca, e que são constantemente refeitos pelos ajustes perceptuais de cada pessoa e de seus grupos sociais, na relação com seus corpos, meio ambiente e realidade social, sempre recriando novas possibilidades de significação, em ultrapassagens permanentes, nunca alcançando um equilíbrio. As imagens sempre tocam nos significados pré-existentes em cada pessoa e têm o poder de lançá-la para além do já existente, criando no universo privado e coletivo aberturas pelas quais novos significados podem irromper. Vários filósofos têm denunciado não só as filosofias realistas e positivistas, que reduziam a realidade ao que pode ser apreendido pela materialidade e objetividade das coisas, como também o domínio da ciência natural e da técnica comandando a nossa percepção, gerando enormes perdas em diversas dimensões humanas e obstaculizando o “horizonte aberto” dos encontros das pessoas com seus corpos, com o mundo e com os seus semelhantes.

Por exemplo, o filósofo alemão de esquerda Ernst Bloch (1885-1977) dá uma ênfase permanente na abertura humana para o novo, para o que ainda não somos, para a busca do sonho, de novos sentidos e horizontes para a vida pessoal e coletiva, e que nos permite projetarmos como sentido de esperança e de utopias coletivas.

## MOSTRA FOTOGRAFICA

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80441>

\* Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [emvasconcelos55@gmail.com](mailto:emvasconcelos55@gmail.com).

Eduardo Mourão Vasconcelos é psicólogo, cientista político, doutor pela Universidade de Londres, professor aposentado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), militante histórico da luta antimanicomial, fotógrafo e escultor desde a década de 1980, com várias exposições realizadas no Brasil e uma delas na Inglaterra. Para uma visão um pouco mais ampliada deste trabalho fotográfico, ver seu *site*: <https://evasconcelos.art.br/>.

Como citar: VASCONCELOS, E. Pintando com a câmara fotográfica. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, } v. 22, n. 54, pp. 233-250, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80441>

Recebido em 23 de outubro de 2023.

Aprovado para publicação em 30 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

No entanto, na atualidade, somos bombardeados pelo que Crary<sup>1</sup> chama de “complexo internético” e pela sua indução de “analfabetismo visual”:

Hoje, no entanto, a possibilidade de uma vida comum de experiências diretas foi substituída pela receptividade passiva a fluxos de estímulos que nos são impostos de modo não consensual. De novo, o resultado é [...] *a debilitação de nossa capacidade (ou mesmo de nosso desejo) de estabelecer distinções perceptuais em ambientes vivos reais.* [...] O rastreamento ocular identifica e ajuda na eliminação de tudo aquilo que possa ser considerado confuso. É o caso de elementos de design dotados de algum grau de ambiguidade, de indistinção, de ininteligibilidade ou de alguma outra qualidade capaz de frustrar uma apreensão fácil ou imediata. [...] *Tudo aquilo que encoraje a atenção prolongada ou mesmo estados parcialmente contemplativos é inaceitável em razão da quantidade indefinidamente maior do tempo que tais respostas podem tomar. Ao mesmo tempo, o movimento vacilante ou ‘errante’ dos olhos é um comportamento a ser impedido ou corrigido.* [...] Trata-se de uma tecnologia de perseguição voltada ao aprisionamento, como a frase ‘capturar o olhar’ confirma. (Crary, 2023, p. 147-151 – grifos no original).

A própria qualidade da vida humana está sendo degradada neste mundo que nunca desliga. A consequência disso é terra arrasada, é um mundo erodido, significativamente danificado. Os prejuízos não são só ambientais, mas também sociais. *Somos encorajados a interagir com telas durante todas as horas que passamos acordados, o que elimina nossa possibilidade de sonhar acordado, de nos deslumbrar, de sentir a textura da experiência. Imaginação se tornou fluxo contínuo e monetizado de imagens e informação, e temos até mesmo que desligá-lo.* Se é assim, como vamos nos engajar nas tarefas essenciais para evitar a catástrofe?<sup>2</sup>

Assim, essa lógica de eficácia, com o tempo cada vez mais comprimido e fugaz, com ações imediatistas e focadas nas exigências do complexo internético, do trabalho repetitivo, de produtividade, da luta pela sobrevivência e das relações sociais e de lazer consumistas, gera uma percepção do mundo extremamente automatizada, manipuladora de ícones já conhecidos, para gerar comunicação e ações instantâneas. Este tipo de percepção, ao se difundir, bloqueia as diferentes formas possíveis de se vivenciar, perceber e contemplar o ambiente circundante, que permitiria uma simbolização mais aberta e singular dos múltiplos significados das imagens e paisagens.

Meu trabalho artístico busca ilustrar uma forma de arte que requeira dos artistas, em seu próprio processo de produção, e principalmente de quem a contemple, um mo-

---

1 CRARY, J. *Terra arrasada: além da era digital, rumo a um mundo pós-capitalista*. São Paulo: Ubu Editora, 2023. Podemos criticar algumas das alternativas históricas polêmicas que o autor propõe, mas sua avaliação crítica sobre os processos envolvidos no “complexo internético” me parecem bastante precisas e bem sustentadas.

2 Entrevista de Jonathan Crary em *O Globo*, Segundo Caderno, p. 1, de 8 abr. 2023 (grifos no original).

vimento na direção contrária ao analfabetismo visual. A proposta é então requerer um alongamento do tempo de contemplação e gerar tentativas de compreensão, mesmo que inseguras, na direção inversa dos efeitos induzidos pelo complexo internético.

Assim, as fotos visam convidar o expectador para experimentar um outro tipo de olhar e para captar detalhes variados que, para serem reconhecidos, exigem uma contemplação desprentensiva, em um tempo mais alongado, para valorizar as múltiplas possibilidades de atenção diferenciada para a natureza e para o mundo.

Este exercício do olhar é acessível para todas as pessoas, mesmo no ambiente mais cotidiano e corriqueiro, mas necessariamente implica criar “janelas de disponibilidade” no tempo, criando “saídas” para o olhar padronizado sobre as coisas, para a repetição e a mesmice, que impede o estranhamento, a metaforização e exploração simbólica e estética das imagens no dia a dia.

Nesse trabalho, tento me inspirar em pintores modernos e em seus modos próprios de percepção e produção artística, estudando desde a década de 1990 a estética dos movimentos impressionista, surrealista e abstrato. Eles exploraram perspectivas inovadoras de olhar e vivências inovadoras e paradoxais do espaço e do tempo. Os impressionistas, por exemplo, nos convidam à observação de um mesmo tema nas diversas horas do dia, nas estações do ano (que na Europa são muito mais diferenciadas), nas diferentes condições atmosféricas, de clima e luz, bem como na reflexão dos objetos nos espelhos d'água. Eles não o fazem de forma a induzir ou instruir os espectadores para uma forma superior de percepção, mas validando e legitimando a originalidade de uma sensibilidade estética mais desinteressada e cotidiana dos particulares do mundo, com ênfase na percepção de cada momento presente.

Essa estética não inclui apenas *o que* é pintado, mas também o tipo de efeito na imaginação do espectador que se segue *como* a representação é feita e vista. Há uma espécie de convite para que redefinamos nossa percepção através da forma própria e específica de ver o tema proposto pelo artista. Isto envolve deixar de representar passivamente a realidade, envolvendo o expectador em uma reflexão sobre ela, reivindicando uma posição própria, singular, e uma autoconsciência crítica, e o convidando a relativizar os costumes morais de seu tempo, ao indicar a falsidade e falta de originalidade da percepção clássica e convencional baseada no hábito e na autoridade.

Por sua vez, o pintor surrealista Salvador Dalí (1904-1989) chamava suas pinturas de “fotografias sonhadas pintadas à mão”, inspirado na abordagem de interpretação dos sonhos de Freud, pelo qual tentava potencializar no expectador múltiplas associações de imagens, a partir de um único ou vários elementos de uma cena ou imagem. Em minhas fotos, procuro mostrar que é possível também fazer, parodiando o próprio Dalí, “pinturas sonhadas, pintadas por uma câmera fotográfica”.

Podemos nos aprofundar um pouco mais na estética surrealista. O ser humano busca sempre alguma segurança nas suas formas de estar mundo, ao buscar coisas e vivências que ratifiquem os seus parâmetros de espaço, tempo e semelhança com a realidade ao qual se está habituado. Quando se defronta com uma imagem considerada bela, encontrando nela um objeto que ao mesmo tempo parece ser da própria realidade, mas que também é enigmático e que quebra esta segurança, se instaura uma desarticulação, um relativo caos perceptivo, cognitivo e emocional. Isso provoca um deslocamento em sua realidade interna, pois passa a buscar novos referenciais e parâmetros de compreensão do que está vendo, transcendendo sua experiência vivida, consciente e já conhecida, que envolve diretamente o seu inconsciente e imaginação, para além do torpor contemplativo, passivo, distante e reiterativo. Este hiato estimula a emergência de novas experiências estéticas e existenciais, em que a presença do inconsciente, do estranho e do lúdico não é mais vista como assustadora. Isso possibilita movimentos de quebra das certezas, de retorno à criação e à vontade de viver novas realidades, ao papel de sujeito de sua vida e à capacidade de gerar novos equilíbrios perceptivos e cognitivos, agora não tão lineares e mecânicos, porém mais dinâmicos e flexíveis no conhecimento do novo e aparentemente antagônico ao que é reconhecido e seguro. Quando a pessoa retoma seu mundo e sua relação com a natureza, é estimulado a estabelecer relações diferentes daquelas já habitualmente consolidadas e a flexibilizar identidades pré-fixadas.

Por sua vez, a imagem abstrata não oferece nenhuma segurança perceptiva e controle racional, dada sua distância da representação de objetos e de seres reconhecidos no mundo real, e por sua característica intrínseca de buscar ser mais decorativa. Assim, nessa insegurança, tem algo similar à experiência surrealista. No entanto, a boa imagem abstrata é apenas para se contemplar, resiste à interpretação, o que a faz se diferenciar do esforço interpretativo promovido pela estética surrealista, pois ela precede à linguagem e frustra todos os esforços de defini-la. Ela suspende o processo associativo e de doação de sentido, e sua memória, após sua contemplação, é apenas visual, associada a uma experiência de sensações, afetiva, sensual ou ativadora de uma vivência espiritual mais profunda, ou seja, uma sensação restrita ao núcleo mais imaginativo e intuitivo da experiência estética. Há, aqui, uma forte semelhança com a “degustação” de uma música não letrada muito agradável.

Assim, esta forma de arte visa provocar breves experiências de desorientação e desconforto, mas também busca induzir uma experiência estética agradável e positiva, em que o prazer do belo e a vivência lúdica falem mais alto. E é bom lembrar que este tipo de arte e vivência estética é acessível a cada um de nós, pois todos somos capazes de contemplar o mundo e a natureza de outras maneiras, também “pintando com os olhos”, em “fotos efêmeras”, quando simplesmente olhamos, vemos e as guardamos na memória das experiências prazerosas da vida, ou, se quisermos, com uma câmera comum ou com aquelas acopladas aos telefones celulares, cada vez mais potentes.

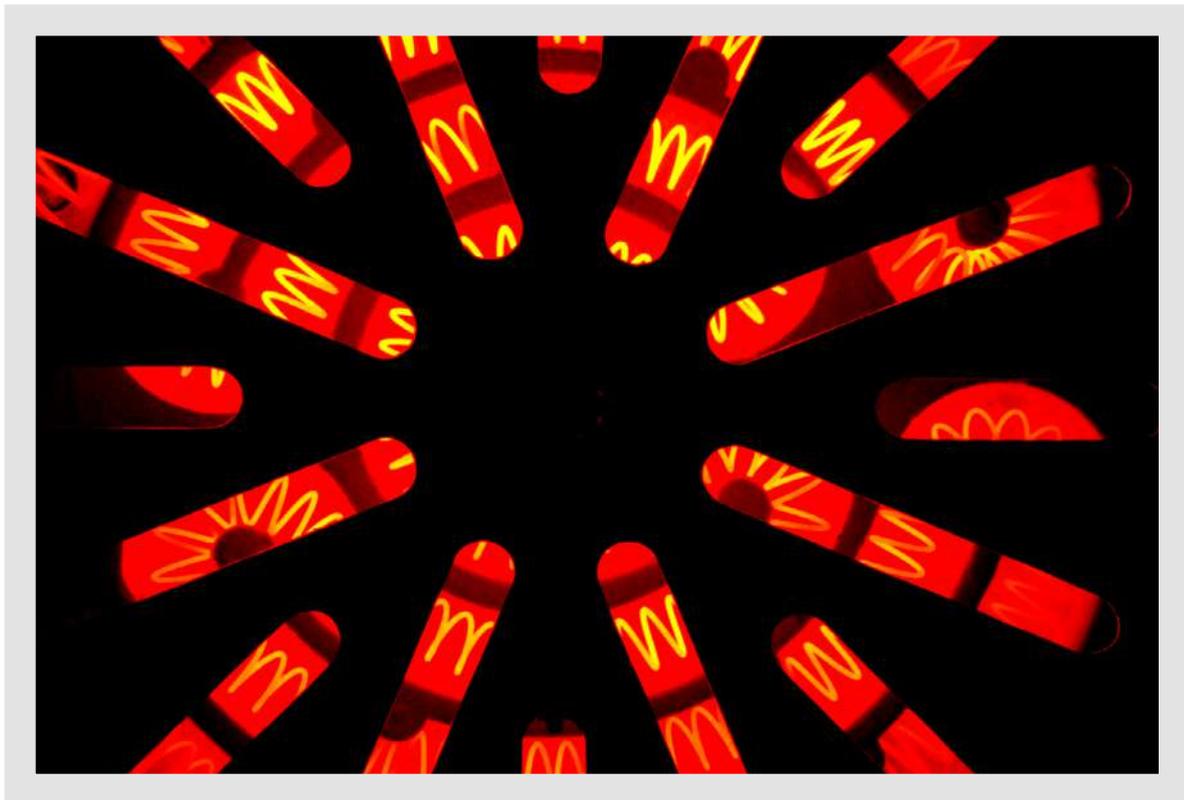
## Fotos

*“Deus deu a forma. Os artistas deformam./  
É preciso desformar o mundo: /  
Tirar da natureza as naturalidades.”  
(Manoel de Barros)*

*“Quem é pobre anda a pé /  
Mas o pobre vê nas estrada /  
O orvaio beijando as flô /  
Vê de perto o galo campina /  
Que quando canta muda de cor /  
Vai moiando os pés no riacho /  
Que água fresca, nosso Senhor /  
Vai oiando coisa a grané /  
Coisas qui, pra mode vê /  
O cristão tem que andá a pé”  
(Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira)*

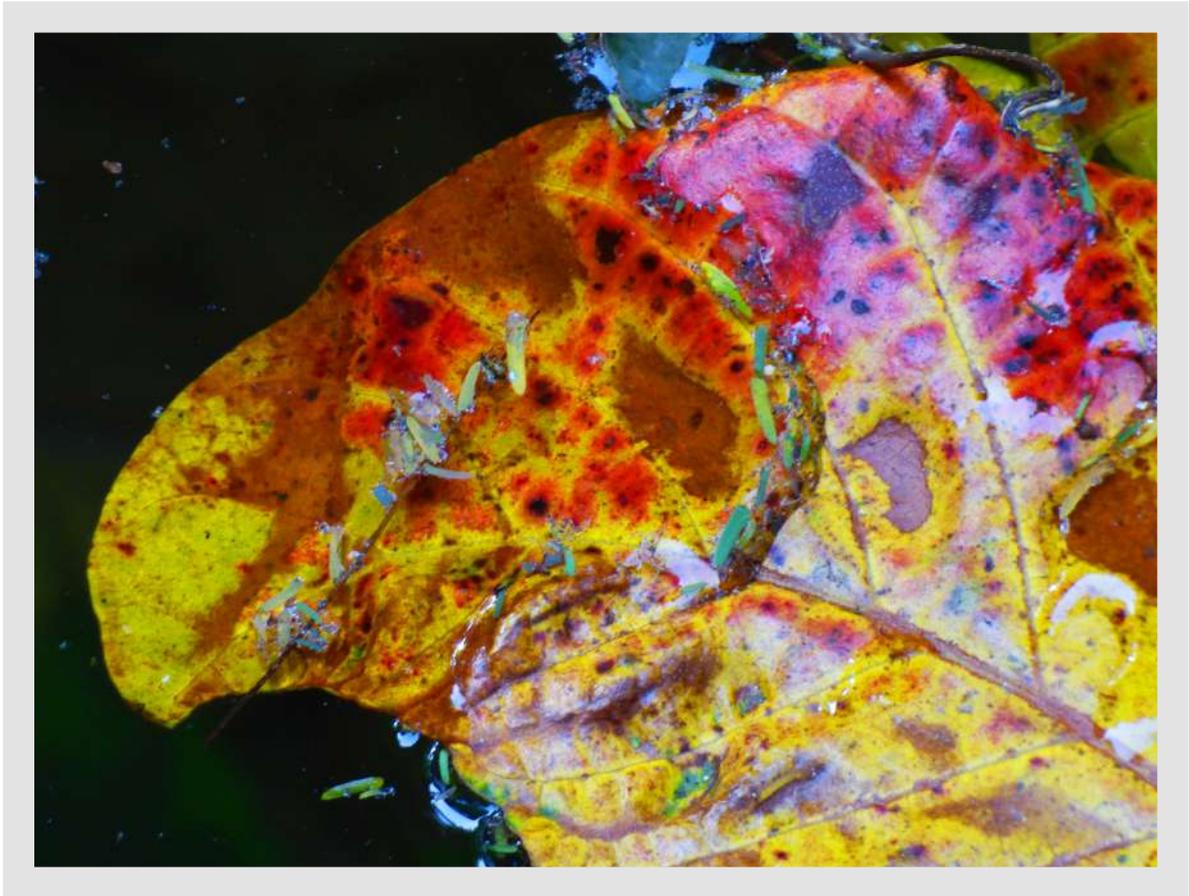
Estas são fotos de realidades concretas, sem manipulações e distorções feitas em *softwares* modernos. Apenas os utilizo para o equilíbrio de luz e cores, e às vezes para fazer rotações na posição original das fotos, como nos espelhos d’água. Ou seja, a ideia é mostrar que estas imagens estavam lá na realidade, acessíveis a qualquer pessoa, desde que se disponha a essa experiência de contemplar o mundo com outros olhos. Para mostrar isso apenas com objetivos didáticos, apresento uma lista com breves indicações da realidade de origem de cada foto. No entanto, recomendo que essas fotos sejam vistas primeiro sem consultá-la, deixando a imaginação “viajar livremente”.

O que é muito prazeroso constatar é que os produtos desse exercício são muito pessoais e singulares. A experiência de ir com um grupo de fotógrafos amigos para um mesmo local mostra que cada um vai produzindo seu próprio estilo. Além disso, as formas de impressão de fotos com alta qualidade artística são muito variadas. É possível até mesmo imprimir em tela, como se fossem pinturas, para decorar nossas casas e presentear os amigos.



**Foto 1**

Mesmo dentro de casa, é possível produzir imagens inusitadas. Essa é de um aquecedor de ambiente com resistência elétrica.



**Foto 2**

Na natureza, mesmo coisas simples são importantes. Detalhe de uma folha boiando na superfície da água.



**Foto 3**

Detalhe de água no Parque Estadual do Rio Preto, em São Gonçalo, ao norte de Diamantina (MG).



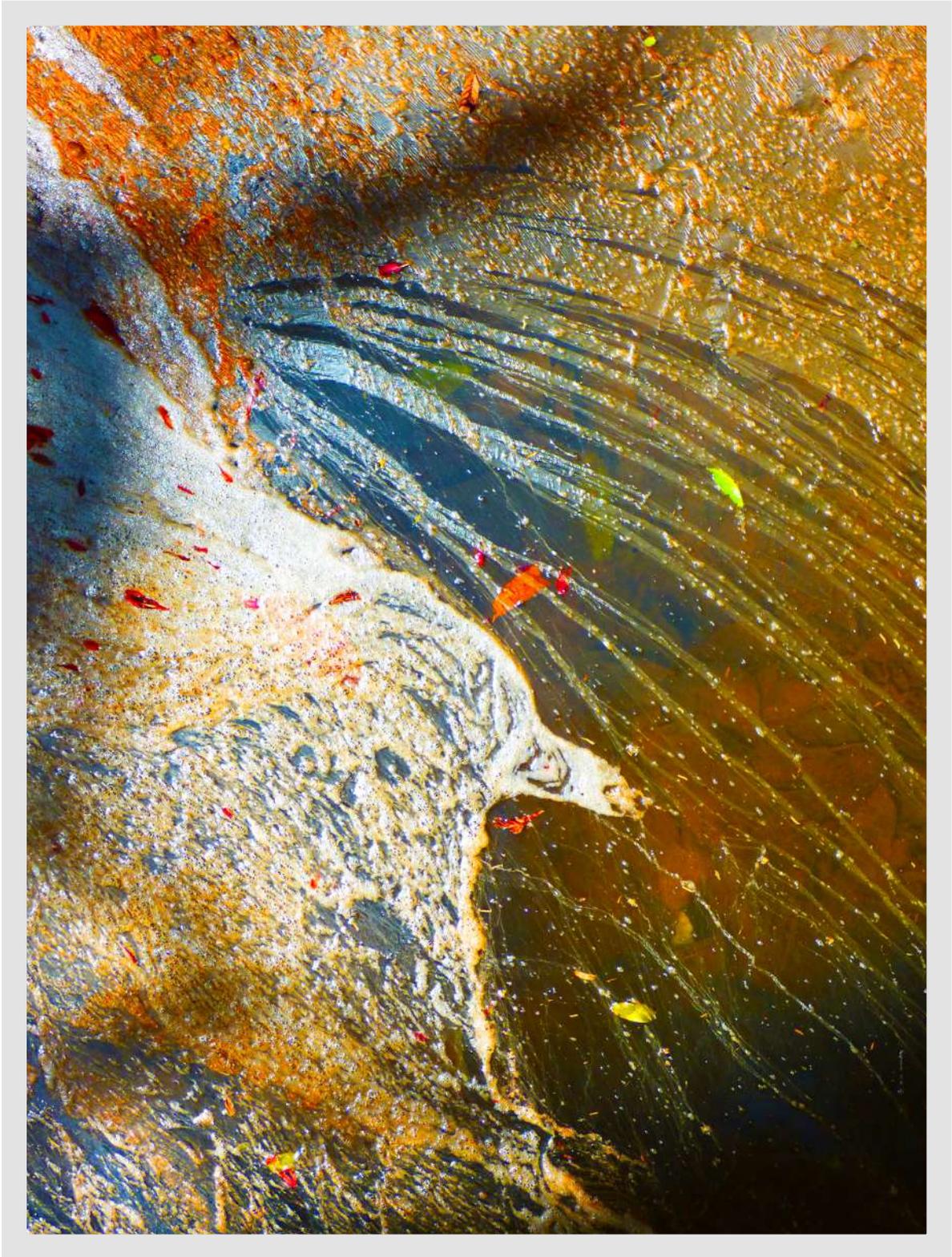
**Foto 4**

Espelho d'água no mesmo parque.



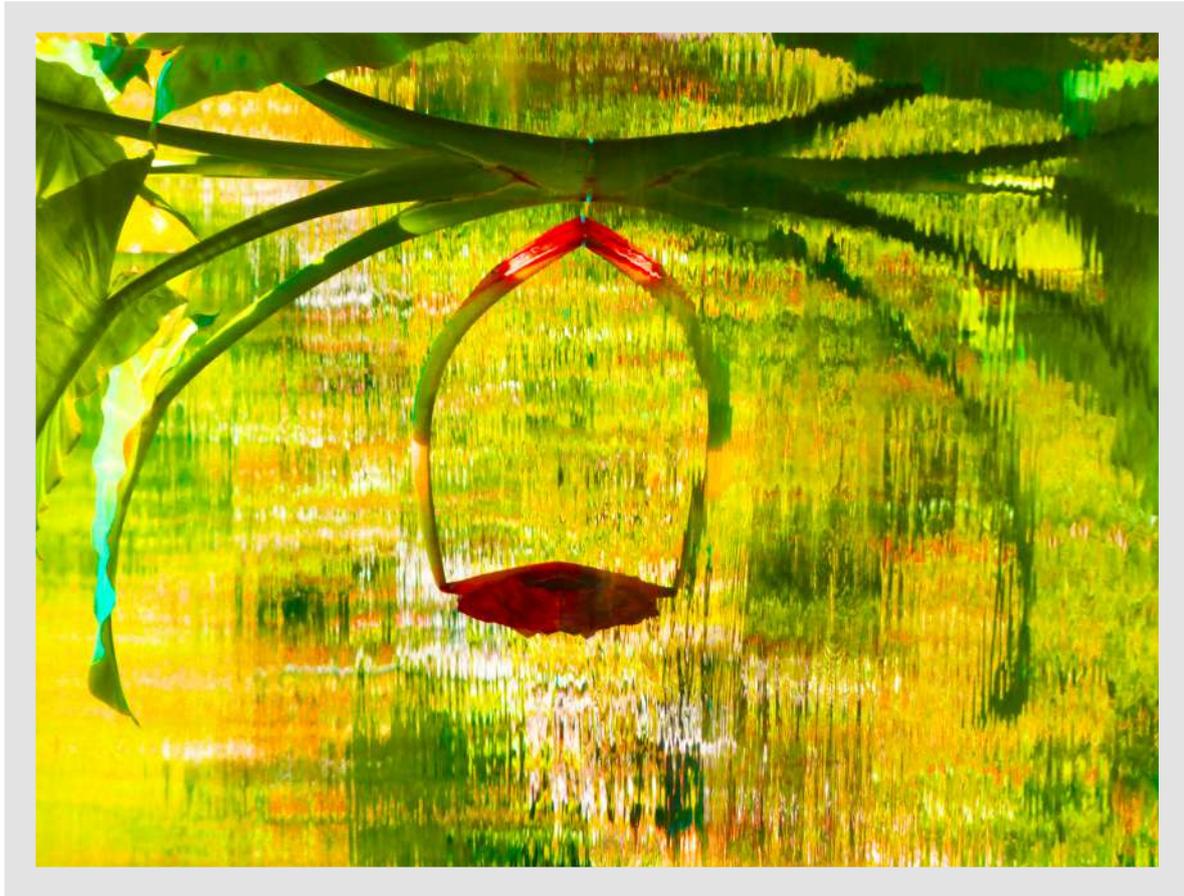
**Foto 5**

Detalhe de uma pequena cachoeira, no Jardim Botânico do Rio de Janeiro.



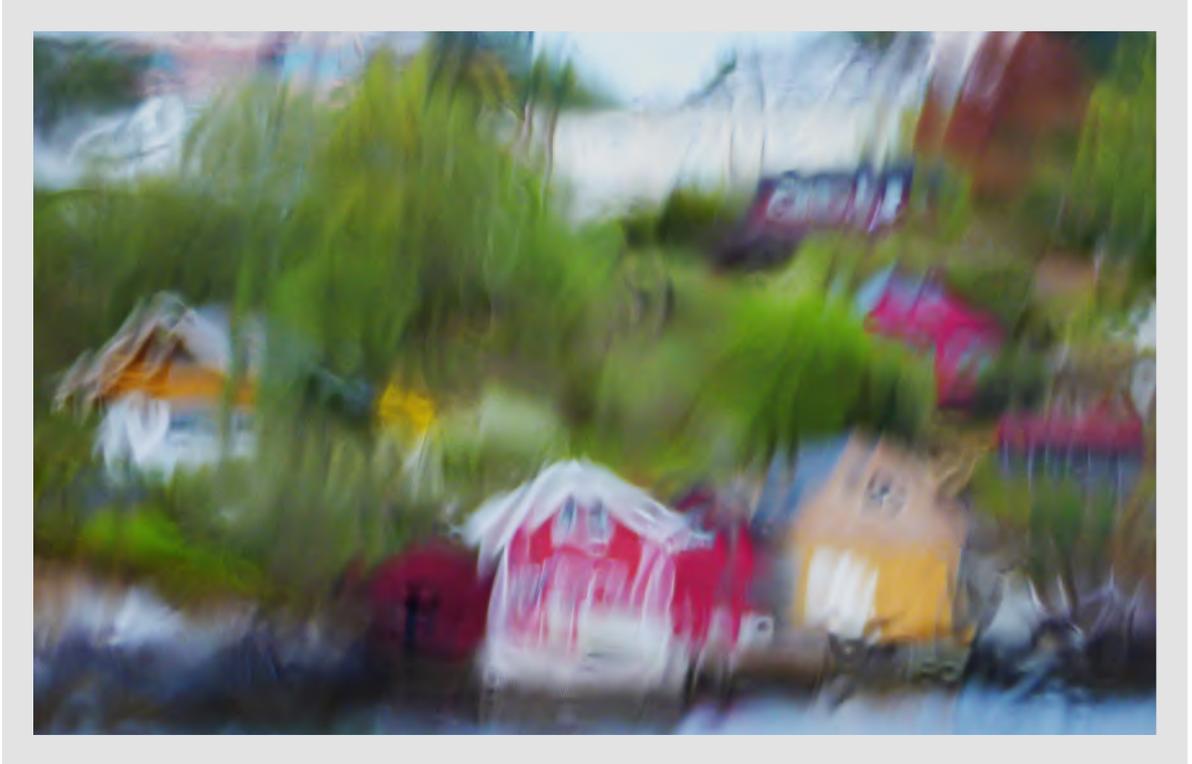
**Foto 6**

Detalhe de um córrego em que o material orgânico se acumula, já na saída do Jardim Botânico, em lugar que ninguém repara.



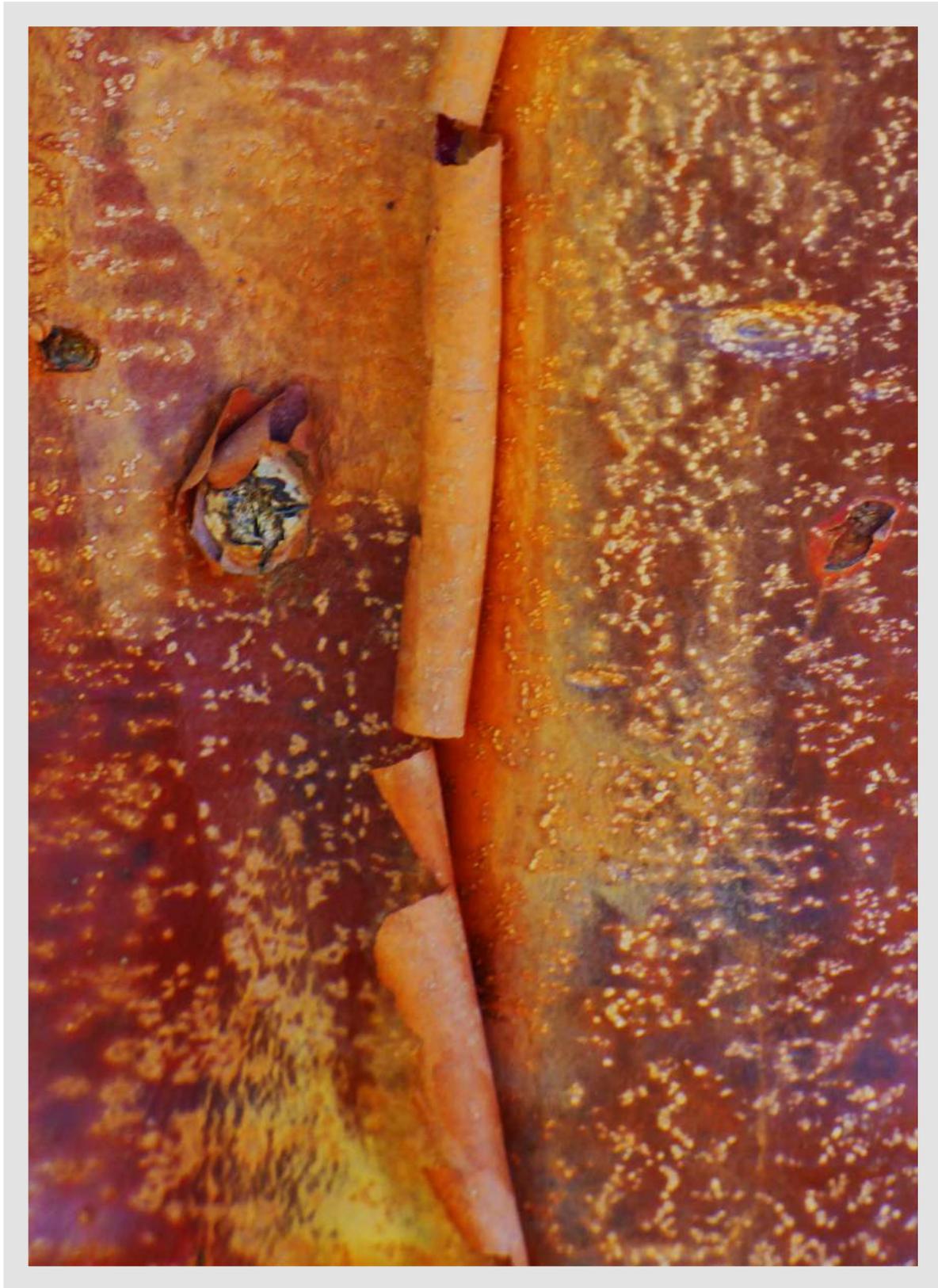
**Foto 7**

Planta e seu espelho d'água, em lago do Jardim Botânico.



**Foto 8**

Casinhas rústicas nas ilhas e fiordes da Noruega, chamadas de Hytta, uma tradição de quase todas as famílias do país, para um contato mais íntimo com a natureza, apesar das temperaturas muito baixas durante todo o ano. Essa foto foi tirada por detrás de uma vidraça de um barco, sob forte chuva.



**Foto 9**

Detalhe de um tronco de árvore, no Jardim Botânico na cidade de Lund, Suécia.



**Foto 10**

Espelho d'água em Amsterdam, Holanda, cidade cortada por canais.



**Foto 11**

Idem, também em Amsterdam.



**Foto 12**

Detalhe de espelho d'água de uma saída de praia colorida, em Ilha Grande, Rio de Janeiro.



**Foto 13**

Detalhe de espelho d'água da cabine do Golden Tower, uma das atrações do Tivoli Park, em Copenhagen, Dinamarca.

## Em Pauta: Teoria social e realidade contemporânea

*Publicação científica, de periodicidade semestral, arbitrada por pares e produzida pela Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ) / Brasil*

### NORMAS EDITORIAIS

- 1) A estrutura da Revista é aberta e composta fundamentalmente de artigos resultantes de monografias, dissertações, teses e pesquisas, bem como de ensaios, resenhas, entrevistas, resumos de palestra, relatórios adaptados de pesquisa científicas e registros significativos. Através das contribuições enviadas, das sugestões recebidas ou de análise de assuntos que assumam relevância na conjuntura profissional e social, a Equipe Editorial poderá organizar dossiês que enfatizem determinadas temáticas. Artigo oriundo de monografia de final de curso de graduação deverá ser submetido em coautoria com o professor/orientador responsável;
- 2) Será assegurado o anonimato para os autores no processo de avaliação e aos pareceristas sob sua avaliação (sistema duplo cego), em qualquer circunstância. Os artigos aprovados serão submetidos a apreciação da Equipe Editorial da revista para a composição final das edições de cada volume/ano, tendo em vista os critérios e normas dos indexadores e da política editorial da revista. Os artigos aprovados e não publicados poderão permanecer pelo prazo máximo de 18 (dezoito) meses no banco de artigos da revista para posterior publicação, ressalvados os casos de recusa formalizada pelo(a/s) autor(a/es);
- 3) A publicação de mais de um artigo, com a participação do mesmo autor, deverá obedecer o intervalo mínimo de 1 (um) ano, exceto quando convidado pela Equipe Editorial para elaborar conteúdos editoriais específicos;
- 4) É permitida a submissão de somente 1 (um) artigo por volume/ano;
- 5) Os artigos devem ser encaminhados à Equipe Editorial, por email e/ou pelo portal de publicações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na url <<http://www.e-publicacoes.uerj>>

br/index.php/revistaempauta>, não sendo necessário enviar cópia impressa pelo Correio. Os artigos devem, necessariamente, conter entre 10 a 15 laudas, fonte Times Roman, tamanho 12, em espaço interlinear de 1,5 cm, todas as margens com 2,5 cm, em papel tamanho A4 e parágrafo a 1,25 cm da margem esquerda. Estas dimensões incluem as referências completas e possíveis ilustrações. As resenhas devem conter, precisamente, entre 3 (três) a 5 (cinco) laudas;

6) Os artigos não deverão conter dados de identificação dos(as) autores(as), mas devem ser acompanhados por outro arquivo, ou por folha separada do corpo do artigo, designado(a) como folha de rosto, e nesta deve conter o nome completo do(s) autor(es), sua formação profissional, titulação acadêmica com a respectiva instituição que conferiu o título, cargo principal ocupado atualmente, nome e endereço completos de correspondência, que pode ser pessoal ou da instituição a qual estão vinculados(as) e e-mail, dados estes que serão publicados, quando o artigo e/ou resenhas forem aceitos, atendendo a indicação de indexadores;

7) A primeira página do texto deverá conter:

- somente o título do artigo – sem (s) nome(s) do(s) autor(es) – constando, no máximo, 12 palavras.
- o Resumo, que deve ter até, no máximo, 150 palavras e ser redigido em fonte 10 e espaço simples;
- deve ter entre 3 a 5 palavras-chave, escolhidas entre aquelas que possam classificar com precisão o trabalho em pesquisa bibliográfica, para efeito de indexação;
- o título em inglês, *abstract* e *keywords*; isto é, a versão, em inglês do título, do resumo e das palavras-chave.

8) Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. Em relação à língua dos Títulos, Resumos e palavras-chave, a orientação é a seguinte:

- quando o artigo for em português ou em inglês, o título, o resumo e as palavras-chave só deverão ser em português e inglês.
- quando o artigo for em espanhol, o título, o resumo e palavras-chave deverão ser em espanhol, português e inglês;

9) As notas de rodapé devem ser evitadas; quando indispensáveis, não deverão exceder quatro linhas. As ilustrações (figuras, tabelas, fotos e quadros) devem ser evitadas, mas quando indispensáveis ao conteúdo, devem ser indicadas e anexadas no corpo do texto, incluindo título e fonte de referência. Devem também ser enviadas em arquivos separados, atendendo aos seguintes requisitos: tabelas e gráficos em Excel, formatados, quadros

e demais ilustrações devem estar em alta resolução (com pelo menos 300 dpi) em formato \*JPG, \*JPEG ou \*TIF. Em todas as situações, será avaliada a qualidade e pertinência do material encaminhado, cabendo à Equipe Editorial a decisão sobre sua inclusão ou não, comunicando o fato ao(a/s) autor(es/as);

10) Para o envio do trabalho é necessário:

- 1) Declaração de Responsabilidade (assinada);
- 2) Transferência de Direitos Autorais (assinada);
- 3) Ficha de registro preenchida (assinada);
- 4) Arquivo com o trabalho.

Os documentos referidos acima deverão ser assinados, digitalizados e enviados para o correio eletrônico da revista (revistaempauta.uerj@gmail.com) ou anexados como documento suplementar, quando submetidos via plataforma SEER.

Ao enviar o trabalho para a Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, os autores atestam: sua participação na concepção, elaboração e desenvolvimento (parcial ou integral) do artigo, assumindo publicamente seu conteúdo e reconhecendo sua autoria e ineditismo. Os autores atestam, também, o não envio simultâneo a outro(s) periódico(s), seja no formato eletrônico ou impresso, se comprometendo a não enviar o material para outra forma de publicação enquanto perdurar o processo de submissão e análise da Revista Em Pauta. Os autores reconhecem também a necessária menção de órgãos de fomento, financiamentos e/ou acordos com organizações diversas relacionadas e/ou interessadas pela publicação, se responsabilizando pelos créditos ou agradecimentos devidos, quando couber. A Revista Em Pauta reserva-se o direito de exclusividade na publicação de artigos e similares, cabendo à Equipe Editorial avaliar as exceções.

11) Uma vez submetido o artigo em coautoria, não será permitida a retificação de autoria do mesmo.

12) Todas as colaborações não encomendadas são encaminhadas à Equipe Editorial – que as submeterá ao processo de avaliação, no sistema duplo cego, a partir do parecer de dois membros do Conselho Editorial Científico, podendo ser realizado convite também a pareceristas *ad hoc*, a quem cabe recomendar a publicação, mantendo sigilo sobre o parecer emitido. Quando da não coincidência das avaliações, o artigo será enviado para um terceiro parecerista. A Equipe Editorial da Revista, de posse dos pareceres do Conselho Editorial Científico e/ou de parecerista *ad hoc*, reserva-se o direito de sugerir aos autores modificações, a fim de adequar os artigos e similares aos padrões da Revista Em Pauta.

13) Os originais enviados à Revista Em Pauta serão considerados definitivos; os não aprovados, a Equipe Editorial compromete-se a inutilizar o material, e se responsabiliza, ainda, em enviar sempre uma resposta, positiva ou negativa, por e-mail e/ou diretamente ao(s) autor(es).

14) Quando ocorrer aprovação de artigos e similares, um documento de autorização da publicação será encaminhado por e-mail aos autores que deverão remetê-lo, junto com os demais procedimentos cabíveis de revisão e versão final do material a ser publicado, devidamente preenchida, assinada e escaneada.

15) Réplicas e comentários sobre os artigos publicados são do interesse da Revista e, se aceitos para publicação, serão enviados aos autores para conhecimento prévio às publicações e para direito a réplicas, preferencialmente no mesmo número.

16) Ao enviar o material à Revista Em Pauta, os autores transferem todos os direitos autorais para a Revista Em Pauta, sendo vedada sua reprodução, parcial ou na íntegra, e em quaisquer meios de divulgação, seja no formato eletrônico ou impresso sem solicitação prévia. Para possível divulgação posterior à publicação na Revista Em Pauta, quando de sua autorização, os autores se comprometem a fazer constar os devidos créditos à primeira publicação na Revista “Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea”. O *copyright* dos artigos publicados pertence a seus autores e os direitos autorais de cada edição pertencem à *Faculdade de Serviço Social da UERJ*, não envolvendo quaisquer pagamentos a autores.

17) Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que emitam preconceitos de qualquer natureza ou pontos de vista incompatíveis com a Linha Editorial da Revista. Os artigos deverão também observar as resoluções nacionais da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde, notadamente a Resolução 510 de 7 de abril de 2016 que normatiza a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.

Os artigos submetidos com conteúdo oriundo de pesquisas normatizadas pela Resolução 510 de abril de 2016 deverão explicitar metodologicamente, no corpo do texto, a observância aos referidos parâmetros normativos.

18) Os artigos e similares devem obedecer às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), aqui adaptadas, e devem ser entregues à Revista, revisados segundo as regras gramaticais vigentes, sendo os exemplos de citações e referências mais usuais apresentados a seguir.

19) A partir da edição do n.30, v.10 vem sendo publicada nominata com Pareceristas *ad hoc* que contribuíram com a revista no último ano, considerando-se o mês de emissão do parecer e tomando-se o mês de outubro de 2011 como o corte inicial.

## CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

(Segundo NBR 6022, NBR 6023 e NBR 10520 da ABNT – aqui adaptadas)

As citações e referências constantes nos textos entregues pelos autores à Revista para publicação são de responsabilidade dos seus respectivos autores.

### Citações:

- As citações devem seguir a orientação autor-data;
- citação de até 3 linhas: dentro do corpo do texto, entre aspas, fonte igual à do texto.
- citação de mais de 3 linhas: fora do corpo do texto, fonte 10, recuada para a linha do parágrafo, a 4cm da margem esquerda, sem aspas, ou qualquer outro destaque, espaçamento interlinear simples, margem direita igual à do texto. As aspas no interior de uma citação são simples.
- Nome do autor:
  - a) no corpo do texto: grafia normal para nomes próprios; ano e página entre parênteses. Exemplo: Segundo Costa (2002, p. 39), “A sociedade civil [...]”
  - b) ao final do texto e nos dois casos acima: todos os elementos da referência entre parênteses e em caixa alta. Exemplo: “A sociedade civil [...]” (COSTA, 2002, p. 39).
- Quando se trata de citação indireta (quando não se utiliza as mesmas palavras do texto citado - paráfrase), devem ser referenciados o sobrenome do autor e o ano, sem necessidade das aspas e de página e tal como nos exemplos anteriores.

### Referências

As referências bibliográficas e de demais fontes são obrigatórias e só devem ser feitas da bibliografia efetivamente citada no artigo ou similar.

### Exemplos de Referências:

#### *Livros (obra completa)*

NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1991.

#### *Capítulo de Livro*

CHAUÍ, M. Neoliberalismo e universidade. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M.C. (Orgs.). *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 27-51.

MOTA, A. E.; AMARAL, A.S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A.E. (Org.). *A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1998.

### Periódicos - Revistas

FALEIROS, V.P. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento? *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 84, p. 21-36, nov. 2005.

### Dissertações/Teses

CARVALHO, L. *O uso do fundo público em organizações sem fins lucrativos*. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UERJ, 2006, mimeo.

### Jornais

DAMOUS, D. E quem vai nos defender? *O Globo*, Rio de Janeiro, 10 de fev., 2007. Tema em debate, Caderno 1, seção Opinião, p. 7.

### Meio Eletrônico

São necessárias as informações sobre o endereço eletrônico, entre < >, e a data de acesso (dia / mês / ano), sendo precedidos, respectivamente, das expressões “Disponível em:” e “Acesso em:”. Deve ser apresentado o *link* (URL) completo do documento consultado.

Exemplo: MOTA, Ana Elizabete. Os desafios da formação profissional na gestão 2005-2006. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.59-66, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2145>>. Acesso em: 07 mai. 2012.

Obs.: Além dos documentos da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) mencionados, esclarecimentos adicionais sobre referências e citações podem ser obtidos, por exemplo, no seguinte documento: DIB, S.F.; SILVA, N.C. (Org.) *Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 2. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2012. Disponível em: <[http://www.bdtd.uerj.br/roteiro\\_uerj\\_web.pdf?PHPSESSID=9pgdhs6qe51dd8e68htfni5kn3](http://www.bdtd.uerj.br/roteiro_uerj_web.pdf?PHPSESSID=9pgdhs6qe51dd8e68htfni5kn3)>. Acesso em: 16 maio 2013.



## **Em Pauta: Teoria social e realidade contemporânea**

*Scientific publication, published biannually, arbitrated by peers and produced by the Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ), Brasil*

### **EDITORIAL STANDARDS**

- 1) The Magazine structure is opened and composed primarily of articles resulting from monographs, dissertations, theses and research, as well as essays, reviews, interviews, lecture summaries, adapted reports from scientific research and significant records. Through the received contributions, the suggestions sent or the analysis of matters whatsoever relevant in professional and social situation, the Editorial Staff can organize files that emphasize certain thematic. Article from an end-of-course monograph should be submitted in co-authoring with the responsible teacher / advisor;
- 2) Anonymity will be ensured for the authors in the evaluation process and for the reviewers under their evaluation (double blind system) under all circumstances. The approved articles will be submitted to the Editorial Staff of the journal for the final composition of the editions of each volume / year, in view of the criteria and norms of the journal's indexing and editorial policy. The approved and unpublished articles may remain for a maximum period of 18 (eighteen) months in the bank of articles of the journal for later publication, except in cases of refusal formalized by the author (s);
- 3) The publication of more than one article, with the participation of the same author, must obey the minimum interval of 1 (one) year, except when invited by the Editorial Team to elaborate specific editorial content;
- 4) Only one (1) article per volume / year is allowed;
- 5) Articles should be sent to the Editorial Staff, via email and/or by the (UERJ) Universidade do Estado do Rio de Janeiro publishing site, <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaem-pauta>, being not necessary to send a print copy by mail. Articles must necessarily contain between

10 to 15 pages, with 25 lines of 70 ringtons each, Times Roman font, size 12, interlinear space of 1.5 cm, with 2.5 cm margins all in A4-size paper and paragraph 1.25 cm from the left margin. These dimensions include complete references and possible illustrations. The reviews must contain precisely from 3 (three) to 5 (five) pages.

6) The articles shall not have the author(s) identification, but must be accompanied by another file, or sheet separated from the body of the article, designated (a) to cover with the full name of the author (s), their training, academic degree, with the institution that conferred the title, main position occupied currently, full name and mailing address, which may be personal or of the institution to which they are related, phone and email; these data will be published when the article and / or reviews are accepted, given the indication crawlers;

7) The first page of the text should contain:

- Only the title of the article - without name (s) of author (s) - with a maximum of 12 words.
- The abstract should have up to 150 words maximum and be written in font size 10 and single spacing
- Must have between 3 to 5 keywords, chosen among those that can accurately sort the work in bibliographical research, for indexing.
- The English title, abstract and keywords, ie the version in English of the title, abstract and keywords.

8) Contributions in Portuguese, Spanish or English will be accepted. As for the language of the Titles, abstracts and keywords, the guidance is as follows:

- When the article is in Portuguese or English, the title, the abstract and keywords should only be in Portuguese and English.
- When the article is in Spanish, the title, the abstract and keywords must be in Spanish, Portuguese and English.

9) Footnotes should be avoided; when indispensable, should not exceed four lines. The illustrations (figures, tables, photos and pictures) should be avoided, but when indispensable to the content, they must be indicated and attached in the body of the text, including title and reference source. They should also be sent in separate files, complying with the following requirements: Excel tables, graphs, formatted, tables and other illustrations must be in high resolution (with at least 300 dpi). In all situations, the quality and pertinence of the submitted material will be evaluated, being the re-

sponsibility of Editorial Staff the decision on its inclusion or not, communicating the fact to the author (s);

10) To send the work you must:

- 1) Declaration of Responsibility (signed);
- 2) Transfer of Copyrights (signed);
- 3) Registration form completed (signed);
- 4) File with work.

The documents mentioned above must be signed, scanned and sent to the magazine's electronic mail ([revistaempauta.uerj@gmail.com](mailto:revistaempauta.uerj@gmail.com)) or attached as a supplementary document, when submitted via the SEER platform.

When mailing the work to the magazine “Em Pauta: Social theory and contemporary reality”, the authors attest: their participation in the design, preparation and development (full or partial) of the article, assuming its contents publicly and acknowledging its authorship and originality. The authors also attest not submit simultaneous to other journal(s), whether in electronic or printed format, making a commitment not to send the material to another form of publication while continue the submission process and review of the Revista em Pauta. The authors also acknowledge the necessary mention of funding agencies, funding and/or agreements with several organizations related and/or interested by the publication, accepting full responsibility for credits or acknowledgements due, when applicable. The Revista em Pauta reserves the right of exclusivity in the publication of articles and alike, being the Editorial Staff responsible for evaluate the exceptions.

11) Once submitted the article in coautoria, will not be allowed the rectification of authorship of the same.

12) All non-commissioned collaborations are forwarded to the Editorial team – which shall submit to the evaluation process, in double-blind system, based on the opinion of two members of the Scientific Editorial Board; also can be invited ad hoc reviewers, who recommend the publication, maintaining secrecy about the opinion. When the non-coincidence of the evaluations, the article will be sent to a third reviewer. The Editorial Staff of the magazine, in possession of the opinions of the scientific Editorial Board and/or ad hoc reviewers, reserves the right to suggest to the authors modifications in order to adapt articles and similar to the magazine standards.

13) The originals sent to the Em Pauta Magazine will be considered definitive; the Editorial Staff undertakes to make the material unusable, and is also responsible for always sending a positive or negative response, by e-mail and / or directly to the author (s).

14) When approving articles and similar, a document authorizing the publication will be sent by email to the authors who will forward it, along with other applicable procedures for review and definitive version of the material to be published, duly completed, signed and scanned.

15) Replies and comments on the articles published are of interest to the magazine and, if accepted for publication will be sent to authors for knowledge prior to publications and the right to rejoinders, preferably on the same number.

16) Sending the material to the Revista Em Pauta by mail, authors transfer all copyrights to the Revista Em Pauta, being prohibited its reproduction, partial or in full, and in any means of divulgation, whether in electronic or printed format without prior request. For possible disclosure after the publication in the magazine, when authorized, the authors undertake to set forth the proper credit to the first publication in the “Revista Em Pauta: Social Theory and Contemporary Reality”. The copyright of published articles belongs to their authors and the copyright of each issue belongs to the Faculdade de Serviço Social from UERJ, not involving any payments to authors.

17) Will not be published articles that violate the professional ethics, emitting prejudices of any nature or incompatible views with the Editorial Policy of the magazine. The articles should also observe the national resolutions of the National Commission for Research Ethics / National Health Council, namely Resolution 510 of April 7, 2016, which regulates research in Human and Social Sciences.

Articles submitted with content derived from research normalized by Resolution 510 of April 2016 should explain methodologically, in the body of the text, compliance with said normative parameters.

18) Articles and alike shall conform to the standards of the Brazilian Association of Technical Standards (ABNT), adopted here. The material will be delivered to the magazine, reviewed in accordance with the grammatical rules in force, the more usual examples of citations and references presented below.

19) From the issue 30, v. 10 has been published data with ad hoc Reviewers who have contributed to the magazine over the past year, considering the month of issuance of opinion and taking the month of October 2011 as the initial cut.

## CITATIONS AND REFERENCES

(According to ABNTs NBR 6023, NBR 6022 and NBR 10520- here adopted).

The citations and references contained in the texts delivered by the authors to the journal for publication are the responsibility of their respective authors.

### Quoting:

- The citations should follow the author-date guidance;
- Quote from up to 3 lines: within the body of the text, enclosed in quotation marks, font equal to that of the source text.
- Quote from more than 3 lines: outside the body of the text, font 10, indented to the line of the paragraph, 4 cm from the left margin, no quotes, or any other featured, simple, interlinear spacing, right margin equal to that of the text. The quotation marks inside a quotation are simple.
- Author name
  - a) In the body of the text: normal for spelling proper names; year and page in parentheses. Example: “the civil society [...]” (COSTA, 2002, p. 39),
  - b) At the end of the text and in the two cases above: all the elements of the reference in parentheses and in uppercase. Example: “civil society [...]” (COSTA, 2002, p. 39).
- When it comes to indirect quote (when do not use the same words of the quoted text - paraphrase), refer the surname of the author and the year, no need of quotes and page, as in the previous examples.

### References

The bibliographic references and other sources are mandatory and should be made of the bibliography cited in article effectively or similar.

### Examples of references:

#### *Books (complete works)*

NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1991.

#### *Chapter of Book*

CHAUÍ, M. Neoliberalismo e universidade. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M.C. (Org.). *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 27-51.

MOTA, A. E.; AMARAL, A.S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A.E. (Org.). *A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1998.

### *Periodicals - Magazines*

FALEIROS, V.P. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento? *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 84, p. 21-36, nov. 2005.

### *Dissertations/Theses*

CARVALHO, L. *O uso do fundo público em organizações sem fins lucrativos*. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UERJ, 2006, mimeo.

### *Newspapers*

DAMOUS, D. E quem vai nos defender? *O Globo*, Rio de Janeiro, 10 de fev., 2007. Tema em debate, Caderno 1, seção Opinião, p. 7.

### *Electronic means*

Information about e-mail address among < >, and access date (day / month / year), being preceded, respectively, of the expressions “available at:” and “accessed at:”. Link of the document consulted must be submitted (address/URL).

Example: MOTA, A.E. The challenges of vocational training in management 2005-2006. *Temporalis*, Brasília (DF), year 11, no. 22, p. 59-66, July/dez. 2011. Available in: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2145>>. Accessed: 07 mai. 2012.

Note: in addition to the mentioned documents of the Brazilian Association of Technical Standards (ABNT), further information on references and citations can be obtained. Example, in the following document: DIB, S.F.; SILVA, N.C. (Org.) *Script for submission of theses and dissertations of the Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 2. ed. Rev. current and ampl. Rio de Janeiro: UERJ, Sirius Network, 2012. Available in: <[http://www.bdtd.uerj.br/roteiro\\_uerj\\_web.pdf?PHPSESSID=9pgdhs6qe51dd8e68htfni5kn3](http://www.bdtd.uerj.br/roteiro_uerj_web.pdf?PHPSESSID=9pgdhs6qe51dd8e68htfni5kn3)>. Accessed: May 16, 2013



Revista *em Pauta*: teoria social e realidade contemporânea  
Faculdade de Serviço Social da UERJ  
Rua São Francisco Xavier, 524 Bloco D, sala 9001.  
Bairro Maracanã - 20.550-013 - Rio de Janeiro/RJ - Brasil  
URL: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta>  
Email: [revistaempauta.uerj@gmail.com](mailto:revistaempauta.uerj@gmail.com)  
Telefones: (21) 2334-0299 ramal 221

Revista da Faculdade de Serviço Social  
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro - 1º quadriênio de 2024  
jan/abr 2024, n54, v. 22  
ISSN 2238-3786

Marilda Villela Iamamoto  
Monica de Jesus César  
Ana Inês Simões Cardoso de Melo  
Ney Luiz Teixeira de Almeida  
Silene de Moraes Freire  
Marina Monteiro  
de Castro e Castro  
Paula Martins Sirelli  
Rafaela Bezerra Fernandes  
Reinaldo Nobre Pontes  
Ricardo Lara  
Gabriel Martins  
Gilcélia Batista de Góis  
Esther Emanuelle Alves Feitosa  
Maria do Perpétuo Socorro  
Rocha Sousa Severino  
Luciane Francielli  
Zorzetti Maroneze  
Sandra Lourenço  
de Andrade Fortuna  
Geis de Oliveira Benevides  
Maria José de Oliveira Lima  
Naiara Cardoso  
dos Santos Mascarenhas  
Raquel Varela  
Joan Miquel Verd  
Carlos Lozares  
Artur Bispo dos Santos Neto  
Tatiana Lyra Lima Félix  
Nívea Castro da Silva  
Cristiana Sousa Pessanha  
Marcelo Braz Moraes dos Reis  
Regina Marconi  
Elziane Dourado