



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Ana Caroline de Moraes Oliveira Quintas

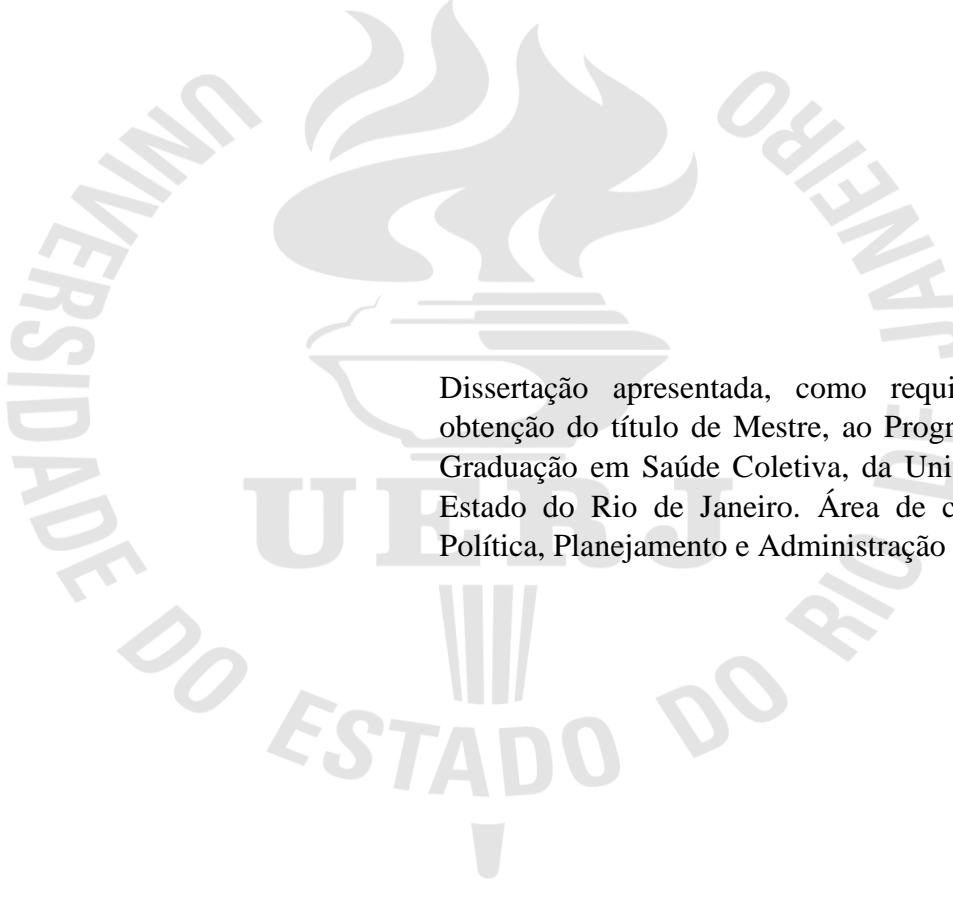
**Estado, comunidades terapêuticas e neoliberalismo: um estudo sobre a
política de drogas no Brasil**

Rio de Janeiro

2022

Ana Caroline de Moraes Oliveira Quintas

Estado, comunidades terapêuticas e neoliberalismo: um estudo sobre a política de drogas no Brasil



Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

Q7

Quintas, Ana Caroline de Moraes Oliveira

Estado, comunidades terapêuticas e neoliberalismo: um estudo sobre a política de drogas no Brasil / Ana Caroline de Moraes Oliveira Quintas. – 2022.
116 f.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Comunidade terapêutica - Brasil - Teses. 2. Política - Brasil - Teses. 3. Drogas - Abuso - Teses. 4. Usuários de drogas – Teses. I. Santos, Ronaldo Teodoro dos. II. Silva, Martinho Braga Batista e. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 362.2(81)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Caroline de Moraes Oliveira Quintas

Estado, comunidades terapêuticas e neoliberalismo: um estudo sobre a política de drogas no Brasil

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de agosto de 2022.

Orientadores:

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. ^a Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. ^a Dra. Beatriz Brandão Meirelles
Instituto Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

A discussão realizada neste trabalho iniciou-se, para mim, a partir de afetações pessoais. Diante do meu percurso de fé no Cristianismo, principalmente em igrejas pentecostais, meu primeiro contato, ainda na adolescência, com instituições destinadas aos usuários de drogas foi através dos centros de recuperação ou Comunidades Terapêuticas. Lembro-me que, na época, esse era o meio que eu conhecia tanto para aqueles que diziam querer “ficar limpos” quanto por aqueles que tentavam ajudar algum amigo ou familiar a “sair dessa vida”. Lembro-me, também, que essas instituições eram mantidas com ajuda da igreja, dos fiéis ou mesmo com mensalidades daqueles que podiam pagar. Eu, inclusive, havia visitado alguns conhecidos ou ajudado em alguns dos jantares de páscoa em instituições próximas à minha igreja.

Foi só na metade do curso de Psicologia que comecei a conhecer o que era reforma psiquiátrica, a redução de danos e as instituições de saúde mental públicas disponíveis para pessoas que fazem uso de drogas. A partir disso, fui percebendo que, como eu, a maioria das pessoas não conhecia essas instituições a não ser que trabalhasse ou tivesse alguma pessoa próxima atendida por elas.

É diante desse percurso que, atuando ainda como estagiária de Psicologia, o tema das Comunidades Terapêuticas começa a me chamar atenção, principalmente, a partir do percurso dos usuários desses dispositivos. Ou seja, começo a perceber que, apesar dos dispositivos da saúde mental e das Comunidades Terapêuticas se posicionarem de forma oposta diante da questão do uso de drogas – redução de danos e abstinência, respectivamente –, os usuários utilizavam ambas instituições. Nesse sentido, minhas pesquisas sobre o tema tiveram os percursos e as escolhas dos usuários como guia para entender quais os usos que estes faziam dessas instituições.

Ao longo dessa trajetória, fui observando, no cenário político, o recrudescimento das políticas de drogas aliada ao aumento do conservadorismo (econômico e social) e ao aumento da proeminência das comunidades terapêuticas. Aquelas instituições que eu conheci e que eram sustentadas por fiéis começam a ganhar cada vez mais espaço, instituindo-se como política pública. É nesse cenário que começo a fazer as perguntadas contidas aqui neste trabalho: quais as influências e o contexto que possibilitou o crescimento das comunidades terapêuticas? Qual a relação entre o modo de funcionamento dessas comunidades e do neoliberalismo? Seria o neoliberalismo, entendido como aquele que atua em todos os âmbitos

da vida, um vetor de conformação social em relação às políticas de drogas vigentes atualmente no Brasil?

Acredito que trazer todo o contexto de como essas perguntas foram suscitadas em mim me permite dizer que, apesar do processo de escrita de dissertação, por vezes, ter se constituído como um caminho solitário, ele também foi feito com muitas mãos. Sendo assim, a primeira mão é d'Aquele que, através da minha fé, acredito nunca ter me abandonado. A Deus sou grata pela vida, por todo esse processo pessoal e acadêmico, que é passar pelo Mestrado, por todas as oportunidades e amizades que me ajudaram até aqui.

Preciso falar, também, das mãos daqueles que sempre estiveram perto de mim. Ao meu marido, agradeço por acreditar e me apoiar, mesmo quando era necessário abrir mão do nosso tempo juntos para que eu escrevesse, agradeço por me escutar nos meus momentos de desespero e, quando necessário, obrigar-me a sair da bolha da dissertação. Aos meus pais, agradeço por sempre investirem na minha educação e vibrarem com as minhas conquistas. Aos meus amigos, agradeço pelas conversas que, por diversas vezes, me ajudaram em meu bloqueio de escrita e por compartilharem as angústias, alegrias e desafios da formação.

Às mãos que conheci no IMS, preciso citar, primeiramente, minha turma de Mestrado. Obrigada por, mesmo em meio a pandemia, que só possibilitou nossos encontros de forma virtual, terem se feito tão presentes. Posso dizer que nossa parceria foi essencial diante de tantas novidades e cobranças. Agradeço, também, às mãos dos meus orientadores, por me ajudarem a organizar todos os pensamentos e questionamentos soltos em uma questão de pesquisa e por seguirem neste caminho comigo.

Agradeço às mãos daqueles com quem tive a oportunidade de trabalhar no CAPSad Antônio Carlos Mussum e aos usuários que lá pude acompanhar. Lá tive a confirmação de que teoria e prática não se separam. Posso dizer que o meu percurso no trabalho se fez de grande importância pra diversas questões aqui levantadas.

Apesar de ter feito a escolha de até aqui não citar nomes, visto a importância de muitas mãos, preciso agradecer nominalmente às mãos de Claudia Elizabeth Abbês Baeta Neves pela revisão atenta deste trabalho – obrigada por se fazer presente em todos os momentos cruciais da minha formação, desde a faculdade.

A todos, meu muito obrigada.

RESUMO

QUINTAS, A. C. de M. O. *Estado, comunidades terapêuticas e neoliberalismo: um estudo sobre a política de drogas no Brasil*. 2022. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A partir das mudanças correntes na política de drogas brasileira, que incentivam a expansão de instituições denominadas Comunidades Terapêuticas (CTs) – unidades destinadas ao acolhimento de pessoas que fazem uso de drogas –, tem-se feito cada vez mais necessários estudos sobre o tema. Diante do entendimento de que, para entender a inserção das CTs no Estado, é preciso expandir o olhar e complexificar a questão, identificamos a importância de uma discussão que aborde o modo de funcionamento do neoliberalismo em seus vieses de organização estatal e social. Por essa razão, este trabalho tem como objetivo – por meio de um estudo qualitativo e documental – identificar as afinidades entre o avanço da racionalidade neoliberal e a lógica de funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Para isso, trabalhamos com os fundamentos políticos do neoliberalismo, entendendo-o como uma racionalidade política que altera todos os aspectos da vida; identificamos os fundamentos das CTs e a relação dessas instituições com o Estado brasileiro por meio da análise de legislações; e discutimos, partindo da análise documental realizada nos jornais *O Globo* e *Folha de São Paulo* e em documentos oficiais, o cenário de alianças, disputas e discursos políticos que, ao se afinarem com os fundamentos neoliberais, possibilitaram a expansão das CTs. No que tange às afinidades encontradas, destacamos dois momentos políticos importantes: o primeiro, ainda sob o mandato de Dilma Rousseff (PT), entre 2011 e 2016, apresenta, principalmente, um discurso pluralista neoliberal aliado à ideia de liberdade negativa e à soberania compartilhada do Estado; o segundo – pós-impeachment, em 2016 – é de incremento aos fundamentos supracitados com a formação de uma plutocracia em defesa de uma moral conservadora aliada ao discurso de responsabilização individual e ao esvaziamento dos espaços públicos de discussão. Todos os fundamentos encontrados demonstram não só a afinidade entre a expansão neoliberal e as CTs como também o derretimento dos princípios da democracia. A partir desta análise, espera-se que este estudo possa qualificar e dar subsídios para a construção de políticas de saúde de caráter público destinadas a usuários de substâncias psicoativas que se sustentem a partir de uma lógica democrática.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas. Neoliberalismo. Política de Drogas.

ABSTRACT

QUINTAS, A. C. de M. O. *State, therapeutic communities and neoliberalism: a study on drug policy in Brazil*. 2022. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022

Since the changes in the Brazilian drug policy are stimulating the growth of Therapeutic Communities (TCs) – residential units which offer care to drug users –, studies on the subject prove to be needed. To understand the close relationship between the TCs and public policies, it is necessary to expand our debate, hence we will recognize the importance of a study that analyzes how neoliberalism works. That said, this thesis aims to identify – through qualitative study and documental analysis – the likeness between neoliberal rationality and TCs' operation. To achieve that, we have discussed the neoliberalism political foundations, understanding it as political rationality that changes the surroundings of life; we have identified the TCs foundations and their connection with the Brazilian legislation; through the documental analysis we have discussed, through the Brazilian newspapers *O Globo* and *Folha de São Paulo*, as well as official documents, the alliances, disputes, and political discourses that, together with the neoliberal foundations, enabled the growth of TCs. In addition to that, we have highlighted two important political marks. The first – situated in Dilma Rousseff's (PT) presidential term (2011-2016) – presents a neoliberal pluralist discourse allied with the idea of negative liberty and the shared sovereignty of the State. The second – which took place after Dilma's impeachment, in 2016 – introduces, in addition to the above foundations, the formation of a plutocracy that defends a conservative morality allied with the discourse of individual accountability and the emptying of public spaces for discussion. All the foundations we found have shown not only the affinity between neoliberal and the TCs growth, but also the undoing of democracy. We expect this discussion to qualify and offer subsidies for the construction of public health policies for drug users that are sustained in democratic foundations.

Keywords: Therapeutic Communities. Neoliberalism. Drug policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CT	Comunidade Terapêutica
CTs	Comunidade Terapêuticas
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CRP	Conselho Federal de Psicologia
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RD	Redução de Danos
SPA	Substância Psicoativa
PL	Projeto de Lei

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Processo histórico das comunidades terapêuticas.....	20
Figura 2 - Campanha CONFEN/MJ anos 90	60
Figura 3 - Comercial guerra contra o crack.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Quantidade de notícias pesquisadas nos jornais por ano.....	24
Tabela 2-	Categorização utilizada para análise das notícias.....	25
Tabela 3-	Relação entre os deputados federais da frente parlamentar evangélica do congresso nacional e o impeachment da presidente Dilma Rousef.....	113

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1.1. NEOLIBERALISMO, DEMOCRACIA E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE	25
1.1 Neoliberalismo e economização da vida	27
1.2 O conceito de liberdade, moral conservadora e soberania compartilhada do Estado	33
2. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	42
2.1 Um breve histórico sobre as Comunidades Terapêuticas e a identificação de seus fundamentos políticos	42
2.2 Políticas Públicas sobre drogas no Brasil	51
2.2.1. <u>A mudança no modelo de atenção à saúde mental</u>	52
2.2.2. <u>Política Nacional de drogas e o campo da segurança pública</u>	57
2.2.3. <u>Afinal, qual o lugar das Comunidades Terapêuticas em meio as políticas públicas?</u>	61
3. NEOLIBERALISMO, CONSERVADORISMO E CRISE DEMOCRÁTICA: O CENÁRIO POLÍTICO DE EXPANSÃO DAS CTS NAS ÚLTIMAS DUAS DÉCADAS	70
3.1. Pluralismo neoliberal, liberdade negativa e soberania compartilhada do Estado: um caminho para a instabilidade política	71
3.2. Esvaziamento dos espaços públicos de discussão, valorização da moral conservadora e da responsabilidade individual: o derretimento da democracia	82
3.3. Comunidades Terapêuticas e a formação de uma plutocracia conservadora: a expansão da força política aliada ao discurso religioso no contexto democrático	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97
ANEXO I	112

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, temos observado diversas mudanças nas políticas de drogas no Brasil. A legislação mais recente reforça a expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) como instituições de acolhimento para usuários de drogas¹, expansão essa que vem sendo realizada, primordialmente, a partir de parcerias público-privadas (BRASIL, 2019a). Nesse sentido, constata-se que a inserção das CTs no Estado brasileiro tem se dado a partir da busca de uma legitimidade não só institucional, mas também política (BARROSO, 2020). É diante desse cenário que esta pesquisa pretende perscrutar o crescimento e a institucionalidade das CTs no Estado brasileiro a partir de uma discussão que coloque em voga também o aprofundamento do modelo neoliberal, tanto no Estado quanto na sociedade.

A partir de uma leitura que compreende o neoliberalismo como uma política causadora de mudanças não só na economia e no Estado, mas em todos os âmbitos da vida cotidiana e do tecido social, nossa hipótese é que existam afinidades entre os fundamentos neoliberais e os fundamentos das CTs, com o avanço neoliberal e a expansão dessas instituições nas políticas públicas destinadas aos usuários de drogas. Logo, temos como objetivo detectar as relações entre o avanço da racionalidade neoliberal e a lógica de funcionamento das CTs no Brasil, discernindo, propriamente, seu sentido político.

Longe de tentar trabalhar com a dicotomia da causa/consequência, importa-nos complexificar a questão, trazendo para o debate alguns dos pontos de contato em seus modos de funcionamento, como o aprofundamento da responsabilização individual, a soberania compartilhada do Estado e o conservadorismo contemporâneo somado ao esvaziamento dos princípios democráticos. Para isso, seguiremos os seguintes questionamentos: quais são os princípios que sustentam o neoliberalismo? Quais princípios sustentam as CTs e quais caminhos possibilitaram sua inserção nas políticas do Estado Brasileiro? Em que medida o avanço do neoliberalismo está afinado com a expansão das Comunidades Terapêuticas no território e nas políticas brasileiras? O neoliberalismo e as CTs compartilham alguns de seus princípios/modos de funcionamento?

Diversos autores desenvolveram estudos que corroboram a ideia de que, no Brasil, a questão das drogas está relacionada principalmente a duas abordagens: a proibicionista e a

¹ Entendendo a multiplicidade de nomenclaturas destinadas a descrever as pessoas que fazem uso de drogas e atentos aos diversos sentidos que cada nomenclatura carrega, durante o texto, fizemos a escolha de utilizar o termo “usuários de drogas” a fim de tentar abranger a diversidade de usos de drogas às quais são destinadas as políticas públicas e as instituições aqui estudadas. Em alguns momentos, no entanto, o leitor poderá se deparar com o termo “dependente químico”. Nestes trechos optamos por manter a nomenclatura utilizada no texto de referência, visto a posição que certos autores marcam em relação ao uso de drogas.

antiproibicionista (FIORE, 2012; FIORE; RUI, 2012; QUINTAS; TAVARES, 2020; BARROSO, 2020). Cada uma dessas perspectivas vincula-se a determinados modelos de atenção destinados ao cuidado e tratamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Esses modelos, que não se reduzem a programas ou serviços, precisam ser entendidos como concepções políticas em torno da doença; eles atuam na produção de tecnologias de cuidado que definem não apenas o acesso à saúde pública, mas o próprio direito de cidadania (BARROSO, 2013). Nesse sentido, a forma de entender a questão das drogas tem relação direta com o tipo de intervenção e de proposta realizada para aqueles que fazem uso de tais substâncias, com base em uma posição ética e/ou moral sobre o que é ou não legítimo ao Estado fazer.

A perspectiva proibicionista configura-se a partir da visão de que é necessária uma sociedade livre de certas drogas as quais o Estado estabelece como ilegais. Visando impedir o uso de tais substâncias, o Estado promove a chamada “Guerra às drogas”. Fiore (2012) destaca que esta perspectiva pode ser observada desde a Primeira Conferência Internacional do Ópio, em 1912, tendo se estabelecido de forma global a partir da Convenção Única sobre Entorpecentes coordenada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1961. Essa convenção salientou que a atuação dos Estados diante dessa “guerra” deveria ser a criminalização não só da circulação, mas também do consumo das drogas. O autor sinaliza que a defesa de uma perspectiva proibicionista se deu por uma confluência de fatores, sendo eles a “radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana” (FIORE, 2012, p. 9). Vale destacar que, até o presente momento, o Brasil permanece signatário de convenções internacionais de caráter proibicionista.

Diante disso, é necessário estar atento aos diferentes efeitos e atravessamentos políticos pertencentes à perspectiva proibicionista, que

[...] conjuga argumentos de quatro tipos: o moralista, o de saúde pública, o de segurança pública e o de segurança internacional. O uso de drogas seria um desvio de conduta (moral) que levaria a um problema geral de vício e degradação pessoal e social (saúde pública); como as drogas proibidas continuariam consumidas haveria a formação de um mercado ilícito (segurança pública) que ganharia, como narcotráfico, contornos de problema global (segurança internacional) (MEIRELLES, 2017, p. 123).

Nota-se como o discurso proibicionista perpassa diferentes áreas da sociedade, inclusive, a saúde pública. Diante disso, a substância é apresentada como um problema em si mesmo, logo, não há espaço para pensar nas diversas experiências e possibilidades de uso.

Acelrad (2005) ressalta que é comum pensar a questão do uso/abuso de substâncias a partir da generalização da experiência do uso, veiculada por um discurso moral de repressão que identifica qualquer tipo de consumo de substâncias ilícitas com a dependência química, ao mesmo tempo em que individualiza as responsabilidades e deixa de lado a discussão sobre a relação entre o modelo de sociedade de consumo e o uso de drogas.

Nesse sentido, o discurso da abstinência é cada vez mais valorizado, impondo-se como verdade e servindo de apoio a políticas de caráter repressivo, que buscam suas bases no discurso moral conservador e estabelecem parâmetros de legalidade pública e de produção científica. Na perspectiva proibicionista, coloca-se a identificação estreita entre a experiência do uso e o sujeito dependente químico. Como desdobramento, o signo da dependência química individualiza o uso de drogas, colocando-o como uma doença crônica e incurável na qual o sujeito é percebido como aquele que perdeu todo o controle da sua vida e deve buscar manter-se longe das drogas. Ou seja, o dependente químico carregará sempre o signo de adicto e/ou adicto em recuperação. Ao mesmo tempo, a busca pela abstinência é vista, também, como a resolução de alguns dos problemas de ordem social ditos decorrentes do uso de drogas, como violência e furtos, questões a serem sanadas a partir do momento em que os usuários estivessem livre das drogas (BARROSO, 2020). Nessa lógica, quanto menos pessoas consumissem drogas, menor seria o comércio e a violência gerada pelo consumo.

De outro modo, os modelos de atenção apoiados em uma perspectiva antiproibicionista entendem o fenômeno da droga como uma questão social. Nesse entendimento, outros elementos são incluídos no debate de forma a podermos pensar as relações que cada sujeito estabelece com o uso de substâncias, questionando a própria visão da sociedade sobre o consumo e/ou abuso de drogas. Pergunta-se, nessa perspectiva, se todo e qualquer uso de drogas seria um problema, se todo e qualquer usuário de drogas faz uso abusivo e se seria possível um uso recreativo das drogas. A compreensão antiproibicionista se relaciona diretamente com o modelo psicossocial no qual o usuário de drogas sai da concepção passiva de dependente químico e é colocado como ator, como aquele que pode falar sobre sua experiência com o uso de drogas como cidadão com direitos. É a partir dessa compreensão que a redução de danos se coloca como política possível para pensar a relação do usuário de drogas com os princípios políticos da cidadania, autonomia e não-repressão.

Atualmente, no Brasil, esses dois modelos se apresentam por meio de diversas instituições, sendo as Comunidades Terapêuticas aquelas que têm ganhado maior visibilidade no cenário público nos últimos anos quando pensamos no modelo da dependência química. Em relação ao modelo psicossocial, antiproibicionista, podemos destacar dispositivos como

Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas (CAPSad), consultórios de rua e outros programas de redução de danos, formados no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A maior diferença entre ambas abordagens, no que concerne às instituições de acompanhamento, decorre do fato de as CTs exigirem a abstinência de início e como meta final do tratamento, que é realizado a partir de um modelo asilar, enquanto as instituições do modelo psicossocial, baseadas na redução de danos, compreendem ser necessário um cuidado integral em saúde a reduzir os males decorrentes do uso ainda que o sujeito não esteja e nem queira ficar abstinente, ou seja, a abstinência, podendo ser uma consequência, se assim desejado pelo indivíduo assistido, não se configura como pré-requisito para o início do acompanhamento, entendido como direito do cidadão na perspectiva da redução de danos.

Apesar das diferentes perspectivas, uma pesquisa realizada com usuários de álcool e outras drogas que estavam/estiveram em CTs e que fazem tratamento em CAPSad mostra que os usuários procuram os dois dispositivos por diversos motivos, como tratamento, abrigo e busca espiritual. Além disso, é notável como mesmo os entrevistados que se tratam há mais tempo no CAPSad reproduzem falas que reforçam uma moralidade em torno da abstinência (QUINTAS; TAVARES, 2020). Esse fato nos faz questionar a real influência das propostas de redução de danos no campo social como valor público compartilhado, ao mesmo tempo que propõe indagações quanto à força do discurso proibicionista e quanto a possíveis relações entre essa leitura sobre os usuários e a política de drogas e o crescimento das CTs.

Para além do enraizamento institucional das CTs verificada nos últimos anos, é sua entrada no domínio público que vem chamando atenção de diversos pesquisadores (RAMÔA; TEIXEIRA; BELMONTE, 2019; IPEA, 2017). Visto que o aumento do financiamento público direcionado a essas unidades vai na contramão dos princípios da reforma psiquiátrica e ao encontro das políticas neoliberais de desresponsabilização do Estado, destacamos a necessidade de pesquisas que visem entender melhor como se organizam tais instituições e como elas têm se relacionado com os discursos e alianças políticas, com as instituições públicas e suas normativas.

Ao analisar dois modelos de tratamento destinados aos usuários de drogas do Rio Grande do Sul, Barroso (2013) procura entender como as normativas e a legislação se institucionalizam nas práticas cotidianas dos serviços, defendendo que

as perspectivas de intervenção vigentes, como o modelo de atenção hospitalar e o modelo de atenção psicossocial, disputam a configuração de legitimidade social das suas práticas nos serviços de saúde, a partir da resposta que dão ao problema social envolvendo o crack (BARROSO, 2013, p.18).

Ou seja, as práticas profissionais e os modelos de atenção destinados aos usuários estão em constante disputa por legitimidade no campo social, disputa essa que se dá no campo das práticas cotidianas, conforme pesquisado pela autora, mas que também pode ser observada nas legislações e embates políticos, que dão pistas sobre o entendimento público em relação à questão das drogas. Diante disso, ao olharmos as normativas, estamos interessados em compreender quais foram os atores políticos, econômicos e sociais que contribuíram para o que temos hoje, ampliando o olhar para entender o contexto de crescimento e proliferação das CTs nas políticas públicas brasileiras.

Em um cenário de políticas neoliberais, calcado no enfraquecimento das questões coletivas em detrimento de um aumento da responsabilização individual, da liberdade entendida como não-interferência associada ao crescimento do mercado e da desresponsabilização do Estado em torno das políticas sociais, observa-se a atuação das CTs, que, com uma linguagem proibicionista, entendem o tripé trabalho, disciplina e espiritualidade como organizador de seu modo de funcionamento/tratamento destinado a usuários de drogas. Diante disso, questionamos: afinal, quais os fundamentos políticos constituintes das CTs e de que modo suas afinidades com o cenário político atual proporcionam, ainda que vão de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica² e aos do próprio SUS³, o crescimento de tais instituições por meio de parcerias público-privadas?

A partir de uma articulação dos campos intelectual, político e burocrático, o neoliberalismo se consolida como um princípio de organização do Estado de forma hegemônica após a década de 1990. Para sustentar esse princípio tem-se mudanças legais e constitucionais “das regras, instituições e procedimentos, que formam um novo modo de vida e se institucionalizam em uma nova forma de regulação dos conflitos políticos na sociedade e no mercado” (GUIMARÃES; CRUZ, 2021, p.25). Diante disso, Guimarães e Cruz (2021) apontam que as mudanças neoliberais no Estado abarcam, principalmente, estas cinco áreas: a da economia, a das políticas de bem-estar social, a do braço penal do Estado, a da comunicação pública e a da competição partidária eleitoral.

No mesmo caminho, Aragão e Rosa (2019) discorrem sobre as consequências da incorporação de estratégias neoliberais no Estado Brasileiro e suas influências na produção de políticas públicas, especialmente, na Política Nacional sobre Drogas. Após a aprovação da Constituição de 1988, que teve avanços em relação à garantia de direitos como a própria saúde, os autores identificam a década de 90 como um marco das reformas do Estado

² Liberdade, cidadania, cuidado sem exclusão e reabilitação psicossocial.

³ Integralidade, equidade e universalidade.

orientadas para o mercado. Destacam a implementação das estratégias de caráter gerencial na administração pública durante o governo Fernando Henrique Cardoso e a regulamentação do terceiro setor como executor das políticas públicas através de privatização e terceirização, que têm como consequência a desresponsabilização do Estado no que tange à implementação de direitos coletivos.

Ou seja, sob a égide da privatização e da terceirização, são postas às políticas sociais as mesmas regras do mercado, com o imperativo de ideias e instrumentos do setor privado que invadem a esfera pública, ferindo a lógica da cidadania (ARAGÃO; ROSA, 2019, p. 225).

Como efeito de tal organização estatal, aquilo que era tido como direito e ofertado por instituições públicas passa a ser gerido, muitas vezes, por instituições privadas, mesmo que financiadas pelo dinheiro público, gerando o que os autores nomeiam de “cidadania do consumidor” (ARAGÃO; ROSA, 2019, p. 225).

É nesse cenário de aprofundamento das relações entre público e privado que as Comunidades Terapêuticas vêm ganhando espaço no campo público para tratar das questões relacionadas a pessoas que fazem uso de drogas. Nesses termos, fica claro que a relação entre as políticas neoliberais, que se organizam mediante uma soberania compartilhada do Estado, reflete em certas práticas direcionadas a essas instituições, como a) o repasse financeiro do Estado destinado à manutenção destas instituições e b) o repasse da própria responsabilidade da execução das políticas. Como consequência, tem-se a diminuição dos gastos sociais, a transferência de recursos públicos para o setor privado e a diminuição da participação do controle social, visto que, sendo a CT uma entidade privada, não existem regulamentações por parte de órgãos de controle social. Ou seja, o que se observa são efeitos econômicos, políticos e simbólicos.

Esse processo é efetivado em nome da austeridade, mas que os estudiosos sinalizam que comprometem os determinantes sociais do processo saúde doença, afetando sobretudo as doenças crônicas não transmissíveis e nelas, os transtornos mentais e decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (ARAGÃO; ROSA, 2019, p. 234).

Essa discussão nos faz questionar de que modo os fundamentos das políticas neoliberais atuam como um dos vetores de institucionalização das CTs não só na política pública, mas também no campo simbólico, por meio do fortalecimento do discurso proibicionista. Por conseguinte, identificamos a importância da utilização de estudos sobre o neoliberalismo como forma de complexificar as discussões sobre as CTs.

Damien Cahill e Martijn Konigs (2017, p. 6) defendem que “um termo como o neoliberalismo não é, por si só, capaz de captar as dinâmicas complexas e confusas e os detalhes variados das formações sociais”, mas acrescentam que

“a questão é, antes, se ele fornece um ponto de entrada útil, uma maneira de olhar para esses processos que podem ser posteriormente enriquecidos com detalhes empíricos” (ibidem) (GUIMARÃES; CRUZ, 2021, p.4).

Como exemplo dessa mudança no campo simbólico, podemos pensar na própria história da psiquiatria, na qual, a partir de uma análise que considera os matizes neoliberais, é possível identificar a reformulação da ideia de transtorno. Em seu trajeto, a psiquiatria deixa de ser uma disciplina dedicada somente àqueles considerados doentes e passa a intervir na cultura e na sociedade com o propósito de *enhancement* (aprimoramento). Ou seja, a psiquiatria deixa de questionar os pilares neoliberais e passa a atuar a partir deles. Assim, os problemas sociais são tratados cada vez mais de forma individualizada, sob o signo da doença (NEVES *et al.*, 2020).

Aqui se desnuda uma íntima relação entre economia e a ciência, mais especificamente, entre psiquiatra com seus saberes e o neoliberalismo, com sua lógica de produção de tamponamentos para as fragilidades, inconsistências e precariedades humanas segundo o critério da produtividade máxima a todo momento (NEVES *et al.*, 2020, p. 163).

Isso significa que, assim como o neoliberalismo se institui como política econômica e institucional, ele também atua no campo da cultura, a partir de uma racionalidade política que institui um sistema no qual as questões coletivas são deslocadas cada vez mais ao âmbito individual (BROWN, 2015). Logo, entendemos que a compreensão do neoliberalismo como uma política não só econômica e institucional, mas produtora de modos de viver e, conseqüentemente, modos de cuidar da vida, nos ajudará no objetivo deste trabalho, qual seja identificar afinidades entre o avanço da racionalidade neoliberal e a lógica de funcionamento das CTs nas políticas públicas brasileiras.

Entendemos que, a partir da ampliação do olhar sobre os modos de funcionamento do Estado, poderemos realizar uma análise que forneça subsídios para a discussão em torno dos modelos de atenção e do entendimento público sobre as políticas direcionadas aos usuários de drogas. Logo, avaliamos que esta pesquisa pode integrar o debate, ainda bastante incipiente, sobre as Comunidades Terapêuticas, visto que pretende analisar suas práticas e desenvolvimento no contexto político-econômico das últimas duas décadas. Desse modo, esta análise busca contribuir para ações de planejamento das políticas públicas sobre drogas no Brasil.

Para atingir o fim proposto, temos, além desta introdução, o estudo, no **segundo** capítulo, de alguns fundamentos políticos do neoliberalismo e sua relação com a democracia, entendida como governo do povo baseada na igualdade política. Para isso, perfaremos o histórico das políticas neoliberais, discutindo a constituição dos sujeitos entendidos como

capital humano e a economização da vida. Junto a isso, discutiremos reformulações político-jurídicas-institucionais da natureza pública do Estado próprias do neoliberalismo, como a crítica ao Estado de bem-estar social e às políticas sociais em seu caráter público, a instituição de uma soberania compartilhada do Estado e a formação de uma plutocracia aliada à moral conservadora. É a partir desse estudo que faremos uma leitura sobre a política de drogas e as Comunidades Terapêuticas frente aos fundamentos neoliberais.

No **terceiro** capítulo, traçaremos o histórico das Comunidades Terapêuticas em sua formação no Estado brasileiro, destacando seus fundamentos políticos e o que têm de afinidade com o neoliberalismo. Para isso, percorreremos as políticas de drogas brasileiras a partir dos campos da saúde, justiça e segurança pública, devido à importância e à responsabilidade dessas áreas na construção da política de drogas. Como veremos, apesar de trabalharem com paradigmas distintos – a saúde com o paradigma da redução de danos e a justiça e segurança pública com o paradigma da abstinência –, as Comunidades Terapêuticas, em sua relação com as políticas sociais e o financiamento estatal, perfazem um caminho no qual ora são identificadas como unidades de saúde, ora como unidades acolhedoras. Observamos, então, como, tendo a indefinição como forma constituinte, as CTs, instituições que nasceram à margem do Estado, passam a ganhar cada vez mais espaço e aceitação pela justiça e pela segurança pública em suas afinidades com o paradigma proibicionista e com a lógica da soberania compartilhada do Estado.

No **quarto** capítulo, utilizamos matérias jornalísticas e documentos de *sites* governamentais como pontos de partida para a discussão sobre a base de sustentação social e as articulações políticas no que elas se afinam com os fundamentos neoliberais e a expansão das CTs. Destacamos, até 2016, um discurso pautado na ideia de liberdade e não interferência como suporte para um discurso pluralista neoliberal, no qual defende-se que o Estado deveria ofertar diversas possibilidades de tratamento, mesmo que contraditórias. Com a instabilidade política, o aumento de grupos conservadores já em 2014 e a conseqüente crise da democracia brasileira, que culminou no golpe que destituiu Dilma Rousseff (PT) da presidência, o pós-2016 foi marcado pelo recrudescimento das políticas de caráter proibicionista sustentadas pela formação de uma plutocracia vinculada a um discurso liberal-conservador-religioso. Dessa forma, a análise documental identifica um contexto histórico no qual os fundamentos políticos neoliberais, acordantes com o princípio de expansão das CTs, somam-se ao conservadorismo que corrói a democracia brasileira.

Percurso metodológico

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia incluiu simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2009, p.1).

Inserida no campo de estudos da Saúde Coletiva e, conseqüentemente, no campo das pesquisas sociais, faremos uso da metodologia qualitativa para a realização deste projeto, entendendo que esse procedimento nos possibilita coletar dados sobre os processos de interação cotidiana e histórica, bem como entender indivíduo no seu contexto (LIMA, 2016; ALVES; SILVA, 1992). Carnut (2019) e Minayo (2009) argumentam que a pesquisa qualitativa no campo social não pode se restringir somente ao fetiche da metodologia, coleta e interpretação dos dados, fazendo-se necessário entender as principais características dos objetos das ciências sociais. A própria metodologia, na esteira dessas considerações, torna-se um campo em construção, elaborado no encontro com o campo de pesquisa e a ser desenvolvido a partir dos seguintes direcionamentos éticos: (i) o entendimento de que o objeto das ciências sociais só pode ser compreendido como objeto histórico – dinâmico, provisório e específico – que possui consciência histórica; e (ii) a compreensão de que há identidade entre sujeito e objeto e, nesse sentido, não existe neutralidade na produção do conhecimento científico (MINAYO, 2009; CARNUT, 2019).

Dadas essas características, o estudo das ciências sociais deve ser visto não como apreensão inequívoca da realidade, mas como aproximações dos processos sociais, realizadas a partir do conjunto teoria-prática, ou seja, a partir de uma elaboração conceitual que andar­á conjuntamente com a coleta dos dados e sua análise e vice-versa. Conforme essa perspectiva, a utilização da teoria nos ajuda a perfazer uma leitura daquilo a que temos acesso por meio das técnicas de coleta de dados, enquanto o material coletado abre caminho para as discussões teóricas.

Perante tais concepções, realizamos uma discussão teórica sobre o neoliberalismo e sobre a história das comunidades terapêuticas nas políticas públicas brasileiras, buscando afinidades entre os fundamentos do neoliberalismo e das CTs e aprofundando os conceitos de neoliberalismo e democracia a partir de autores como Brown (2015, 2019), Harvey (2011) e Dardot e Laval (2016), com o objetivo de traçar algumas linhas de análise nas quais possamos discutir os fundamentos políticos neoliberais.

Como método para a coleta de dados, utilizamos a pesquisa documental que, diferente da pesquisa bibliográfica, pode incluir em sua análise materiais que ainda não sofreram exame (GIL, 1989). Dessa forma, entendendo a importância do ano de 2001 como um marco da primeira normativa referente às CTs, a Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001 (BRASIL, 2001b, n.p.), estabelecemos o período de 2001-2021 como recorte de tempo para os documentos pesquisados.

No primeiro momento de nossa pesquisa, foi realizada uma busca documental no acervo do jornal *O Globo* e no acervo do jornal *Folha de São Paulo*, devido à circulação desses veículos de informação e ao seu papel na formação da opinião pública, em especial se consideradas as classes média e média alta brasileiras, influenciadoras tanto do debate público como das agendas políticas. À vista disso, cabe apontar que (i) as matérias jornalísticas alcançam um maior número de pessoas do que as próprias normativas relacionadas às CTs; e (ii) as estratégias jornalísticas de captação do público acabam por selecionar não só a forma, mas também o conteúdo dos temas que devem ser veiculados. Assim sendo, o “discurso jornalístico assume papel importante na mediação entre os leitores e a realidade, na perpetuação de ideologias, na produção de consensos e, conseqüentemente, na manutenção de uma determinada hegemonia” (MONTENEGRO; BRILHANTE; MUNGUBA, 2021, p. 3).

Não houve, ao longo do processo, a pretensão de tratar as notícias como fontes sobre a realidade sobre o tema, mas sim como agentes políticos para a formação da opinião pública e, conseqüentemente, da base social a defender tais ou quais políticas. Além disso, tivemos em vista que, no campo da mídia oligarca brasileira “...o circuito empresarial atua pautando a agenda pública, podendo omitir ou subdimensionar fatos, e ainda transformar verdades parciais em realidades exageradas, conforme seus interesses” (SANTOS et. al, 2022, p. 1549).

Levadas em conta essas ressalvas, utilizamos o acervo dos dois jornais para a pesquisa na fonte de “palavras exatas”. Ao pesquisarmos os descritores “Comunidades Terapêuticas; neoliberalismo”, foco do nosso trabalho, nenhum artigo foi encontrado. Por essa razão, dedicamo-nos a analisar todos os artigos que apresentavam o descritor “Comunidades Terapêuticas”. No jornal *O Globo*, 101 artigos foram encontrados, dos quais 78 foram incluídos para a discussão neste trabalho; na *Folha de São Paulo*, foram encontrados 100 artigos, dos quais 60 foram utilizados nesta pesquisa.

Dentre os motivos para exclusão dos artigos utilizamos os seguintes critérios: (i) duplicação das notícias em diferentes edições da mesma data; (ii) chamadas na primeira página – nesses casos, incluímos somente a notícia completa –; (iii) artigos sobre política de drogas de outros países, (iv) artigos que citavam Comunidades Terapêuticas fora do contexto

de política pública e/ou políticas de drogas, de modo que não era possível identificar qual era o tipo de instituição falada; e (v) artigos que não faziam referência às CTs as quais estamos estudando.

TABELA 1 - Quantidade de notícias pesquisadas nos jornais por ano

Ano	Jornal O Globo	Folha de São Paulo
2001	2	2
2002	-	-
2003	2	-
2004	-	1
2005	1	-
2006	1	-
2007	1	-
2008	1	-
2009	-	-
2010	7	1
2011	19	2
2012	3	3
2013	25	9
2014	2	3
2015	-	3
2016	-	6
2017	5	1
2018	4	7
2019	3	14
2020	1	5
2021	1	3
Total	78	60

Fonte: elaboração própria.

Conforme a tabela acima, percebemos que, no Jornal *O Globo*, as notícias se concentram no ano de 2013, enquanto a *Folha de São Paulo* tem maior concentração de

reportagens no ano de 2019. Junto a isso, observa-se que a o volume maior de notícias sobre o tema das Comunidades Terapêuticas inicia-se a partir de 2010 nos dois jornais. Esses fatos relacionam-se com mudanças políticas importantes que ocorreram nos anos mencionados e que serão analisadas no capítulo quatro.

Durante a análise todas as notícias foram categorizadas conforme a tabela abaixo:

TABELA 2 – Categorização utilizada para análise das notícias

Título
Coluna
Data
Página
Autor
Qual o tipo de abordagem (proibicionista/ antiproibicionista) que predomina ou é defendida na reportagem
Quais ministérios e atores políticos estão envolvidos na discussão
Qual o tipo de pesquisa ou entrevista utilizada pelo jornalista
Observações
Afinidades com os fundamentos do neoliberalismo

Fonte: elaboração própria.

A categorização possibilitou, com a organização das informações trazidas pelas reportagens, que priorizássemos, neste trabalho, as notícias que destacavam mudanças, alianças e embates no cenário político nacional, tendo em vista a necessidade de uma análise do contexto político-econômico-social atenta ao objetivo deste trabalho. Diante da discussão suscitada por algumas notícias, realizamos buscas, em documentos e *sites* oficiais de Ministérios e do Congresso Nacional, de modo a destacar as ações de determinados atores políticos e sua vinculação com instituições do Estado e com as CTs.

Vale destacar que, durante toda leitura, não tivemos a pretensão de estabelecer relações causais entre o avanço das políticas neoliberais e o crescimento das Comunidades Terapêuticas nas políticas públicas brasileiras; pretendemos, ao contrário, identificar se há e quais são as afinidades entre características e lógicas de funcionamento do neoliberalismo e a das CTs.

1 NEOLIBERALISMO, DEMOCRACIA E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

Ao trabalharem com a reflexão e sistematização do conceito de neoliberalismo a partir da literatura internacional, Guimarães e Cruz (2021) demonstram que a discussão sobre o tema no Brasil ainda é escassa. Por esse motivo, abordaremos, neste primeiro momento, a literatura internacional. Outro ponto destacado pelos autores relaciona-se com a própria dificuldade de uma definição única e unânime para o conceito. Neste trabalho, o neoliberalismo é apreciado não só como um modelo econômico, mas como uma racionalidade que participa da produção de subjetividades, atuando na cultura política e redesenhando as instituições do Estado.

A partir dessa concepção, analisaremos alguns pilares do neoliberalismo, em sua relação com a democracia, que nos ajudarão no debate a ser realizado, sendo eles: a economização de todos os aspectos da vida e sua relação com o individualismo, a ideia de liberdade como não intervenção, a moral conservadora e o apontamento de um Estado cuja soberania deve ser compartilhada. Tais princípios nos ajudarão a entender as afinidades entre o neoliberalismo e as Comunidades Terapêuticas.

Harvey (2011), ao narrar um pouco da história do neoliberalismo, fornece meios de apreciação tanto do conceito de classe quanto do conceito de liberdade atrelados à questão neoliberal. Urge destacar, segundo os apontamentos do autor, que, apesar da hegemonia das ideias neoliberais, cada país tem suas peculiaridades na implementação das suas estratégias e de sua própria trajetória, de modo que se pretende evidenciar, aqui, alguns aspectos gerais que fundamentam o pensamento neoliberal.

Para iniciar o debate sobre a instauração do neoliberalismo em países centrais do capitalismo, Harvey (2011) remonta ao final da Segunda Guerra Mundial, momento no qual o autor situa um liberalismo embutido. Nessa configuração, estabelecem-se articulações entre Estado e mercado na qual aquele exerce certas limitações a este. Em outras palavras, o Estado regula e restringe certas atividades de mercado por meio de políticas econômicas e sociais, visando ao pleno emprego e ao bem-estar social, características de um Estado keynesiano. Essa configuração permitiu que tanto a classe trabalhadora quanto partidos políticos tivessem certa influência nas configurações do Estado. Essa forma de organização soberana e democrática gerou grande crescimento econômico nos anos 50 e 60. Para o autor, “Promoveu-se uma economia social e moral (sustentada às vezes por um forte sentido da identidade nacional) por meio das atividades de um Estado intervencionista” (HARVEY, 2011, p. 21).

É a partir dos anos 60 que essa forma de liberalismo embutido começa a ter fim diante da grave crise de acumulação que assola os países. Frente ao momento turbulento, duas soluções são encontradas: (i) as social-democratas, que se davam com um aprofundamento do controle do mercado por parte do Estado, principalmente, através de um planejamento central; (ii) e as que visavam à restauração da liberdade corporativa e de mercado. Estas últimas ganham destaque na década de 70 e, em 1990, conquistam hegemonia mundial, a partir do consenso de Washington, definindo a chamada “virada neoliberal” (HARVEY, 2011).

A mudança trouxe diversas transformações nos fundamentos políticos do Estado, dentre as quais destacamos a oposição às políticas intervencionistas distributivas e ao planejamento central e a contestação de toda solidariedade social e do sentido público das coisas, uma vez que os dois últimos princípios premiavam os fracassados e puniam os vitoriosos do mercado. Todos esses fundamentos se deram em nome da liberdade, fossem as liberdades de empreendimento ou as liberdades individuais, que deviam ser garantidas ainda que ao custo de destruir normas democráticas. O fato é que, em última instância, deveriam existir apenas indivíduos e propriedade privada, mesmo que para sua obtenção fosse necessário um Estado forte.

É significativo perceber que, naquele momento, não houve a negação de uma sociedade mercantil competitiva, mas sim a aceitação de que essa não se dá de forma natural. Diante disso, fez-se necessária a organização política de um quadro jurídico e institucional, bem como um governo fundamentado na propriedade privada e nos códigos morais a sustentarem tal arranjo. Logo, depreende-se como, no neoliberalismo, há um poder criativo que regula o Estado na lógica do mercado. Dito de outra maneira, se, no liberalismo clássico, cabia ao Estado proteger a liberdade de mercado, é o próprio Estado, então, que se torna promotor e regulador deste princípio por meio de ordens políticas e jurídicas (GUIMARÃES; CRUZ, 2021). Nesse ponto, questionamos se houve mudanças no quadro político e jurídico e nos códigos morais brasileiros que possibilitaram o investimento em Comunidades Terapêuticas e nas diretrizes proibicionistas da política de álcool e drogas. Quais movimentos e rearranjos foram necessários para o estabelecimento do quadro atual? Em que medida o aumento do investimento nas CTs se relaciona com essa lógica de mercado?

Hegemônico a partir de 1990 e com o discurso de um “Estado mínimo” – considerando o terreno democrático dos direitos –, o neoliberalismo chega ao Brasil “antes e depois da hora” (DUNKER *et al*, 2020). Antes porque o Estado de bem-estar social nunca alcançou toda a população; e depois porque já faziam parte da economia vários dos preceitos instituídos pela política neoliberal, como a financeirização e concentração de renda no topo da pirâmide

social. Menezes, Moretti e Reis (2019) demonstram que, no Brasil, o neoliberalismo se coloca a partir de uma tecnologia de governo na qual o Estado atua a fim de garantir a concorrência por meio de um ativismo político-jurídico.

Nesse contexto, tem-se observado mudanças constituintes de ordem desdemocratizadora que afetam diferentes áreas do Estado, principalmente, aquelas relacionadas às políticas de bem-estar social, nas quais reside nosso interesse. As transformações nessa área têm abarcado mudanças legais que vão de encontro ao princípio da universalidade e incentivam as ofertas privadas de serviços (GUIMARÃES; CRUZ, 2021).

Diante dessa reorganização, observa-se uma reconfiguração no papel do Estado em relação às políticas públicas e em sua relação com o setor privado⁴. Este setor passa a se relacionar com o Estado (i) mediante demanda por apoio político e recursos públicos para implementação de ações que outrora eram realizadas pelo Estado democrático; (ii) mediante a implementação da linguagem e da lógica neoliberal nas políticas públicas, minando o ideal público de solidariedade. Logo, mesmo os serviços ofertados diretamente pelo Estado passam a ser regidos pela lógica privatista.

A ideia de liberdade também é redefinida, pois se era, no discurso, uma forma de manter a competição e promover a inovação, foi ela própria o veículo de consolidação do poder monopolista das elites dominantes, o que gerou o aumento cada vez maior das desigualdades sociais. Como consequência, como veremos, as liberdades políticas e democráticas são reduzidas ao livre empreendimento e à propriedade privada, de modo que as primeiras são desfrutadas somente por aqueles que pertencem às classes altas (HARVEY, 2011).

Diante disso, podemos identificar uma teia na qual as reconfigurações das políticas sociais, da relação do setor privado com o Estado e da própria ideia de liberdade andam conjuntamente com a fragmentação do caráter público dessas políticas e de uma democracia baseada na ideia de igualdade política, na qual há o autogoverno do povo. Como efeito, há o crescimento não só do setor privado, mas de uma lógica privatista – e, por vezes, conservadora – observada nas instituições políticas e no cotidiano das relações sociais.

1.1 Neoliberalismo e economização da vida

Em concordância com Harvey (2011), Wendy Brown (2015) também identifica um esvaziamento dos elementos da democracia e sua transformação em linguagem econômica

⁴ É oportuno destacar que as grandes corporações passaram a influenciar diretamente as questões políticas, mesmo na esfera global (HARVEY, 2011)

como efeito da racionalidade neoliberal. Tal racionalidade se utiliza da lógica da governança para atuar não só no campo da economia, mas, sobretudo, no campo das práticas em seus índices de produção de subjetividade.

Em seu livro *Undoing the Demos*, Brown (2015) sinaliza que o conceito de democracia, geralmente, é atrelado à questão do poder do povo e da liberdade, seja da liberdade de direitos, de mercado ou de protesto. Junto a isso, a democracia se organiza em muitas concepções teóricas: liberal, radical, republicana. Todas essas ideias fazem com que ela seja um conceito complexo e cheio de ambiguidades, levantando inquições, por exemplo, sobre quem são efetivamente os indivíduos que gozam do poder e da liberdade preconizadas pelas democracias.

Dadas as ambiguidades, o conceito de democracia foi classicamente entendido, em linhas gerais, como autogoverno do povo, como a excelência do debate sobre questões que concernem a uma determinada população, como o que é popular. Diante disso, Brown (2015) nos alerta que não é necessário governos antidemocráticos para derrubar a democracia. Ao contrário, isso pode ocorrer a partir do esvaziamento dos princípios que regem a ideia de democracia, sendo exatamente a partir dessa operação que o neoliberalismo atua.

Já o conceito de neoliberalismo é constantemente retomado como uma continuação das ideias liberais que pautavam a autorregulação do mercado, estando o Estado limitado a realizar intervenções que garantissem a manutenção e estabilidade do mercado. Para complementar essa concepção, a autora utiliza a argumentação de Foucault para explicar que o neoliberalismo se constitui como outra racionalidade política, imposta através da governamentalidade e transformadora não só das políticas econômicas, mas da linguagem, dos valores sociais e, em última instância, dos próprios sujeitos (FOUCAULT *apud* BROWN, 2015).

Pensar sobre o funcionamento dessa outra racionalidade nos ajuda a entender como, por vezes, determinadas políticas estatais ganham apoio não por sua imposição autoritária – mesmo que sejam políticas de caráter autoritário –, mas por compartilharem e reconfigurarem os valores sociais e vice-versa. Perante essa consideração, surge uma questão voltada à interpelação das vinculações entre o neoliberalismo e as políticas proibicionistas: quais os valores sociais e racionalidade política compartilhados em um cenário neoliberal de aumento de investimento nas CTs?

Se, como vimos, no liberalismo o Estado governava para o mercado, no neoliberalismo o Estado e o mercado andam juntos. Destarte, a maior diferença de uma racionalidade política para outra não está necessariamente na política econômica, mas no fato de que a economia de

mercado se estabelece como métrica e referência para todos os aspectos da vida humana, agora vista como uma empresa. Para identificar as transformações ocorridas do liberalismo para neoliberalismo, a figura do *Homo Economicus* é introduzida como personagem privilegiado nos estudos de Brown (2015), que o identifica atrelado às teorias liberais, primeiro com Adam Smith e, posteriormente, com Jeremy Bentham. Diante disso, a figura do *Homo Economicus* seria aquela submetida à busca incessante pelo prazer e por seus interesses por meio da troca e dos cálculos de custo-benefício.

Na era do neoliberalismo, no entanto, apesar de manter as características supracitadas, o *Homo Economicus* compõe-se primordialmente como capital humano. Os sujeitos passam a ser entendidos eles mesmos como uma empresa na qual se deve investir de diversas formas, sempre objetivando a valorização. Assim, o *Homo Economicus* está cada vez mais preocupado em aumentar seu portfólio por meio da competição e do autoinvestimento. Para assegurar a competição, a desigualdade passa a ser a reguladora tanto das relações interpessoais quanto das vinculações entre esses sujeitos e o Estado. Outro exemplo da mesma monta é a privatização, uma vez que não só os bens públicos são colocados cada vez mais à mercê da iniciativa privada, mas os próprios problemas e dificuldades dos sujeitos deixam de ser uma questão comunitária, passando para o âmbito individual.

Em relação ao autoinvestimento, Dardot e Laval (2016) sinalizam que o indivíduo, para conformar-se às necessidades do que significa ser uma empresa – ser produtivo, inovador, correr riscos –, precisa fazer cada vez mais um trabalho no âmbito individual em si mesmo. Para que isso aconteça, os autores destacam algumas técnicas de governamentalidade que têm como intuito aumentar o desempenho individual e a relação com o outro, como *coaching* e programação neurolinguística. É interessante observar que essas técnicas agem diretamente nos sujeitos a fim de transformá-los, logo, elas serão usadas para além do âmbito empresarial *strictu sensu*. Nessa direção, observa-se que uma das principais novidades do neoliberalismo, no que diz respeito à produção de sujeitos, é a união das técnicas de como os homens devem ser governados com o modo como eles governam a si mesmos. O domínio já não é apenas externo, no sentido de que o próprio sujeito, para ser bem-sucedido, para seu desenvolvimento pessoal e profissional, deseja empregar tais técnicas.

Necessidade de autoinvestimento; busca pelo prazer e pelos seus interesses; individualização dos êxitos, fracassos e, poderíamos acrescentar, dos vícios. Em uma racionalidade política que valoriza a individualidade por meio do consumo incessante de prazer e da competição – baseada no princípio da desigualdade –, qual é a política de drogas e, conseqüentemente, a política de cuidado de usuários de drogas possível?

Para Brown (2015), dizer que a economia de mercado domina todos os aspectos da vida é dizer que a própria linguagem política se submete a esse domínio, dessa forma, mesmo os investimentos em políticas sociais e ambientais realizadas pelo Estado têm como foco o fortalecimento da economia de mercado. Sobre essa questão, Lavinias (2015) demonstra como, no Brasil, vem se expandindo a sociedade de mercado por meio de programas de distribuição de renda, inclusive, que crescem atrelados ao fortalecimento da economia financeira a partir do crédito e endividamento de famílias brasileiras. Gera-se, outrossim, um quadro no qual a política social, ao invés de servir como proteção, pode vir a colocar os indivíduos em posições ainda mais vulneráveis.

Isso significa que a lógica de mercado neoliberal atinge os sujeitos, independentemente de seu poder aquisitivo, de modo que, mais do que buscar seus próprios interesses, a liberdade dos sujeitos está atrelada em se adequar à lógica do mercado, e o mercado visa o bem da macroeconomia. Tendo isso em vista, nota-se como a organização que privilegia o mercado impõe regras e limitações à forma democrática do Estado e, conseqüentemente, aos sujeitos.

Interessada em discutir questões relacionadas ao corpo político, ao demos e ao modo como o neoliberalismo age no domínio da democracia, desorganizando-a, Brown (2015) evidencia a figura do *Homos Politicus*. Para isso, retoma Aristóteles quando este aponta que o homem é um ser político, uma vez que usa da sua linguagem, da moral e do poder de criar associações que governam a si e a outros. Portanto, aos homens, criaturas mutuamente dependentes, estaria reservado viver na *polis*, onde podem desfrutar da justiça e ter uma boa vida, perspectiva não relacionada à mera sobrevivência, mas, entre outras coisas, à vivência coletiva e a um governo instaurado por todos.

A autora argumenta que o *Homo Politicus* e o *Homo Economicus* sempre caminharam juntos durante a modernidade, de maneira que havia mútua influência entre ambos. Assim sendo, a ascensão do neoliberalismo estaria diretamente ligada à ascensão do *Homo Economicus* sobre o *Homo Politicus*. Ou seja, a partir da instituição do liberalismo e, posteriormente, do neoliberalismo, em que as trocas baseadas no mercado, a propriedade e a acumulação de riqueza tornam-se mais bem vistas, tende-se a encontrar a ideia de que o *Homo Politicus* não mais existiria, tendo sido completamente suplantado pelo *Homo Economicus* (BROWN, 2015).

Apesar de ser um argumento amplamente defendido, Brown (2015) reforça que a emergência do *Homo Economicus* não significa a completa extinção do *Homo Politicus*. Afinal, é a existência de qualidades do sujeito vinculadas ao *Homo Politicus* que faz com que seja possível assistirmos a demandas coletivas por igualdade e universalidade, como aquelas

realizadas pela reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileiras. Isso não quer dizer, no entanto, que a ascensão do *Homo Economicus* não tenha reconfigurado a existência do *Homo politicus*.

Ampliando o argumento de Brown (2015), ao tratar sobre a corrosão do *Homo politicus*, Guimarães e Cruz (2021) defendem que o neoliberalismo somente corroeu o *Homo politicus marshallianus* e não a forma genérica do *Homo politicus* liberal. Aliado a correntes como a social-democracia e o trabalhismo, o *Homo politicus marshallianus* é definido como

...aquele que apostaria na possibilidade de, através da pressão eleitoral e da pressão cívica no contexto da democracia liberal, progressivamente ampliar e universalizar os direitos de cidadania, de tal maneira a relativizar e superar as desigualdades classistas do capitalismo (GUIMARÃES E CRUZ, 2021, p.13).

Nessa perspectiva, o cidadão é substituído pelo consumidor. Como efeito desse processo, observa-se que a liberdade social e política, a ideia de solidariedade e a própria organização dos direitos são diminuídos. Tem-se aí um paradoxo, pois, se o neoliberalismo busca a total liberdade dos mercados, a liberdade efetiva dos sujeitos – entendida como igual poder de decisão – é cada vez mais limitada. Diante disso, cabe questionarmos qual a liberdade possível para os sujeitos em uma racionalidade neoliberal na qual, entendidos como capital humano, são cada vez mais responsáveis por si.

Outra consequência da forma neoliberal de operar a liberdade é relacioná-la diretamente com a questão do risco. Dardot e Laval (2016) sinalizam que os riscos das escolhas que eram compartilhados, de alguma forma, passam a ser cada vez mais individualizados. O Estado de bem-estar social que, em determinado momento, instituiu dispositivos capazes de socializar os riscos e o entendimento de que eles estavam relacionados com o funcionamento da economia e da sociedade acabaram por serem reformulados de diversas formas, sendo uma delas o financiamento e distribuição de serviços a partir de determinadas categorias profissionais e/ou socioeconômicas. Como exemplo, podemos pensar no momento em que, no Brasil, as pessoas tinham direito a diferentes serviços de saúde dependendo da sua profissão ou forma de contribuição. Os autores defendem que essa forma de auxílio social foi um dos fatores que contribuiu para o desmantelamento das estruturas comunitárias.

Com a virada neoliberal, o risco passa a ser cada vez menos social, sendo desnecessária a intervenção de um Estado e de mecanismos públicos que ajudem em seu compartilhamento. Ao contrário da concepção comunitária, os riscos, no neoliberalismo, passam a ser atrelados à própria existência, sendo necessárias ações de cunho individual – ou reputados ao âmbito da família – para geri-los: “Assistimos a uma individualização radical que faz com que todas as

formas de crise social sejam percebidas como crises individuais, todas as desigualdades sejam atribuídas a uma responsabilidade individual” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 48).

Em meio a essa discussão, podemos inferir que a lógica proibicionista, ao retirar o debate sobre o consumo de drogas do campo das relações sociais e identificar o uso com uma doença e/ou um problema moral, opera com a perspectiva de responsabilização individual, na qual o sujeito é o único responsável por seu vício. Nessa direção, a lógica da responsabilização individual em relação aos usuários de drogas passa a ser compartilhado não só em valores sociais, mas na própria lógica de funcionamento das instituições de cuidado.

Se o risco é individualizado, da mesma forma, os ganhos, o sucesso e uma vida bem-sucedida são consequências de escolhas bem feitas e do percurso individual, uma vez que a racionalidade neoliberal reduz a liberdade ao princípio de livre escolha. Dardot e Laval (2016) discorrem que, segundo tal racionalidade, o risco de viver essa liberdade se associa à mobilização dos recursos necessários para que o sujeito racional faça uma ótima escolha. Logo, se o sujeito livre é aquele que pode fazer escolhas, são atribuídos a ele todos os riscos inerentes, quer sejam decisões relacionadas à saúde, à empresa ou ao casamento, afinal, a compreensão do sujeito como empresa abrange todos os aspectos da vida.

É relevante destacar que todas as mudanças institucionais e políticas descritas até aqui, assim como aquelas referentes à ordem da produção de subjetividade, não se dão de maneira abrupta. Entretanto, a partir do momento no qual o neoliberalismo consolida-se como política hegemônica, há a produção do que Guimarães e Cruz (2021) chamam de “senso comum neoliberal”. Este, diante das investidas neoliberais, torna-se cada vez mais dominante, de modo a legitimar as políticas e o esgotamento das práticas coletivas e de bem-estar no campo social.

Essa mudança na cultura cívica produziu, ao longo de mais de quatro décadas, um novo senso comum que combina um forte ethos mercantil a valores tradicionalistas ou conservadores, formando bases sociais de apoio e eleitorais para um trabalho de mudança das constituições, leis e instituições da democracia liberal (GUIMARÃES; CRUZ, 2021, p.29)

Diante de uma racionalidade política que atua na lógica de saídas cada vez mais individuais, pois mudar a forma como a sociedade se organiza apresenta-se como algo inatingível, Brown (2015) sinaliza que a única forma de combater a racionalidade neoliberal e seu modo de gerenciamento das vidas é pela presença de um corpo político que visa o bem coletivo.

Como procuramos discutir, o neoliberalismo se apresenta como uma racionalidade, um *ethos*, um regime, uma forma de governo que colabora para a conformação de subjetividades,

nas quais o indivíduo é cada vez mais convidado a assumir a responsabilidade exclusiva pelo desfecho de atividades que envolvem sociedades, nações e coletividades de uma forma cada vez mais individualizada. Para verticalizarmos esse entendimento, urge compreender o conceito de liberdade nas reconfigurações das políticas de Estado e em sua aliança com o conservadorismo.

1.2 Os conceitos de liberdade, moral conservadora e soberania compartilhada do Estado

Como pudemos acompanhar até aqui, um dos conceitos importantes para a discussão sobre o neoliberalismo é o de liberdade: a individual e a de mercado. Ao mesmo tempo, observa-se em diversos países, inclusive no Brasil, que o discurso neoliberal tem sido vinculado com cada vez mais intensificação de um discurso moralizante de ordem conservadora. Por essa razão, situamos a importância de uma breve discussão sobre esse tema, com vistas a compreender qual o sentido de liberdade para os teóricos neoliberais e como ele se relaciona com o discurso conservador, diretamente vinculado à política de abstinência que se utiliza de dispositivos como as comunidades terapêuticas.

Se em seu primeiro livro, *Undoing the demos*, Wendy Brown (2015) relaciona a economização de todos os aspectos da vida com a racionalidade neoliberal, na obra *Nas ruínas do neoliberalismo* (BROWN, 2019) a autora está interessada em ampliar seu argumento, mostrando como a ideia de liberdade e da moral conservadora também constituem esta racionalidade e produzem efeitos na democracia. Neste trabalho, Brown (2019) nos convida a pensar a democracia ateniense a partir de três pilares: a isogoria, a isonomia e a isopoliteia. É notável que todos eles se iniciam com o prefixo “iso”, que, segundo o dicionário, significa “Elemento de composição de palavras que traz consigo a ideia de igual, semelhante, idêntico” (ISO, 2022, n.p.). Os pilares da democracia ateniense têm em comum, portanto, a ideia de igualdade, seja perante a assembleia, a lei ou a possibilidade de assumir cargos públicos. A autora destaca que, embora os atenienses possam ter valorizado a liberdade, entenderam que a democracia está ancorada na igualdade.

Conforme essa leitura, só é possível pensar um Estado democrático a partir do momento em que todos aqueles considerados cidadãos sejam iguais. Logo, à definição anterior de democracia como governo do povo a autora acrescenta a ideia da igualdade diretamente vinculada à distribuição do poder. Destarte, ao entendermos o capitalismo como um sistema no qual a desigualdade de poder torna-se a base das relações, caberia ao Estado, com vistas a preservar a democracia, reduzir as desigualdades por meio de ações afirmativas. Ao mesmo

tempo, esse mesmo Estado deveria se preservar para não concentrar ou centralizar o poder de mando e subordinação de um em relação a outros/as. Deve-se destacar que as ações do Estado com propósito de prover a justiça social e intervir nas desigualdades econômicas devem ter como fundamento a igualdade política, que é a base daquilo que a autora entende por social, por sociedade: “Situado conceitual e praticamente entre o Estado e a vida pessoal, o social é o local em que cidadãos de origens e recursos amplamente desiguais são potencialmente reunidos e pensados como um conjunto” (BROWN, 2019, p. 38).

Na era neoliberal, no entanto, o que se percebe é uma valorização da liberdade em detrimento da igualdade. Silva *et al.* (2020) realizam um estudo no qual analisam o conceito de liberdade em diversos autores – como Hayek, Friedman, Any Rand e Becker – que trabalham com essa episteme. Constatou-se que, diante de todas as diferenças teóricas entre os autores estudados, a noção de liberdade destacada é, predominantemente, a noção de liberdade negativa.

...os autores em causa parecem se alinhar na defesa de uma concepção de liberdade que Isaiah Berlin (1981) denominou negativa. Resumidamente, esse autor a define como ausência de interferência ou de coerção (física ou jurídica), de forma que, "quanto mais ampla essa área de não-interferência, mais ampla a minha liberdade" (BERLIN, 1981. p. 137). A essa concepção Berlin opõe a de liberdade positiva, que requer muito mais do que uma ausência: "é o desejo do indivíduo de ser seu próprio amo e senhor (p. 142), donde a centralidade de noções como autonomia, verdade e autorrealização. Berlin sintetiza a distinção entre elas afirmando ser a última uma "liberdade para", ao passo que a primeira uma "liberdade de"; e, o que mais nos interessa, atesta que a concepção negativa é a que tem sido concebida pelos liberais do mundo moderno desde a época de Erasmo (alguns diriam Occam) até nossos dias" (p. 140) [...] (SILVA *et. al.*, 2020, p. 81).

Entendendo a liberdade como não-interferência, Hayek valoriza as liberdades individuais em detrimento da liberdade política – de igual poder –, logo, deprecia a igualdade, dizendo que está atrelada ao coletivismo, e este, em última instância, precisa ser eliminado. A destruição do social tem como consequência a invisibilidade das desigualdades sociais ou mesmo de discussões que incluam esse debate, de modo que se tem observado, como efeito desse processo, o crescimento de um Estado antidemocrático baseado em uma cidadania, também, antidemocrática (SILVA *et. al.*, 2020; BROWN, 2019).

Hayek (*apud* BROWN, 2019) defende que a produção de justiça social é uma forma de coerção/interferência nas liberdades individuais a ser evitada, uma vez que constrange o campo aberto para a livre-concorrência e para a organização de uma ordem social, que adviria de forma natural e voluntária. A adesão a essa ordem, a conformidade voluntária, é denominada pelo autor de moral baseada na tradição, autoridade e disciplina. Apesar de

parecer contraditório, essa moral se adequaria perfeitamente à liberdade liberal individual – entendida como não-interferência – e à manutenção das transações de mercado. Isso se dá porque tanto o mercado quanto a moral individualista se percebem como (i) constituídos a partir de uma forma espontânea de vida, da ordem natural das coisas, adaptando-se sem necessidade de coerção; (ii) preocupados com a justiça das regras e das condutas, não com seus efeitos ou resultados. Dessa maneira, percebemos que a moral tradicional atuaria não só como limitador, mas como parte constituinte do mercado, ambos percebidos como a ordem natural da vida civilizada, sendo atuantes a partir da reprodução e defesa da ordem privada.

Isso se dá não somente porque os humanos desejam a liberdade, mas porque a liberdade reforça a tradição (por meio da promoção de inovações adaptativas) enquanto a tradição ancora a liberdade (por meio da promoção de convenções e ordem) (BROWN, 2019, p. 121).

Outro ponto fundamental da democracia, segundo Brown (2019), é o político. Esse conceito, diferentemente da política, não está relacionado somente ao Estado. Ao contrário, “...o político identifica um teatro de deliberações, poderes, ações e valores o qual a existência comum é pensada, moldada e governada” (BROWN, 2019, p. 68). É por meio do político que a democracia pode ser pensada através da partilha de poder. Como vimos, o neoliberalismo se opõe a qualquer ideia de coletividade ou partilha de poder, outrossim, o político é outro ponto questionado por autores neoliberais.

As formulações neoliberais na tentativa de conter e desdemocratizar o político, submetendo-o às métricas econômicas, ao mercado e às escolhas individuais, utilizam-se das estratégias que viemos formulando até este ponto, são elas: a economização da vida, o ataque ao social e oposição à igualdade produzida pelo Estado. Desdobram-se desses princípios a valorização da privatização e/ou da terceirização das atividades governamentais e outras formas de reprodução mercantil do poder, constituindo o que nesta dissertação temos apontado como uma forma de soberania compartilhada do Estado.

Cabe lembrar que a privatização dos bens públicos pode ocorrer de diversas formas, seja pela venda direta desses bens para o setor privado, seja pelos convênios e parcerias público-privados, ou mesmo por meio da “*managerial marketization*”, que acontece quando o Estado passa a ser regulado a partir das mesmas regras e valores que regem o setor privado. Nesse modelo de Estado, os organismos de bem-estar sociais são extinguidos e/ou reformulados, havendo uma diminuição de estruturas de cultura, lazer, habitação e mesmo alimentação. Em outras palavras, o sentido de comunidade é destituído (HALL, 2011).

Viana (2007) sinaliza que, por um discurso de ineficiência do Estado de bem-estar social, há a reformulação no papel do Estado e nas próprias políticas de bem-estar, de modo que ambos funcionam em prol do crescimento econômico. Nesse cenário, o Estado comparece somente como regulador e financiador – direto ou indireto – das políticas sociais, cada vez mais delegadas ao setor privado – formal, informal e mercadológico. As políticas sociais, por sua vez, perdem o caráter público e universalizante, identificando-se com as métricas mercadológicas, como, por exemplo, a meritocracia.

Essa reformulação do Estado de bem-estar social anda junto com a despolitização e o desmonte das organizações políticas, atuando na restrição do campo dos direitos; as reivindicações passam a ser individuais e a circular tanto no campo da autoajuda como de uma solidariedade corporativa relegada, principalmente, ao terceiro setor. Dentro desse panorama, observa-se a participação de uma parcela da sociedade civil que pauta uma luta política por menos Estado como provedor de direito social.

A defesa das instituições do mercado e a substituição da democracia social abrem caminho para um Estado forte, tecnocrático, inclinado à reprodução privada do poder. Um Estado tecnocrático é autônomo e, nele, a política econômica estaria separada de todas as outras obrigações e negociações estatais, sendo gerenciada pelo saber técnico: “Eles buscam desdemocratizar o Estado e substituí-lo por outro, suportado pela expertise técnica, dirigido por autoridades competentes e devotado aos princípios de uma economia competitiva e liberalizada” (BROWN, 2019, p.93).

Junto a isso, outra forma de represamento do político seria efetivada pela supressão das normas públicas que distribuem o poder, transferindo, conseqüentemente, a autoridade das decisões sobre o arranjo social para a racionalidade das empresas e para a moral religiosa, visto que esta se apoia na tradição. Com isso, a constituição de um Estado neoliberal, ao assegurar o domínio do mercado e da moral tradicional, isola cada vez mais a democracia da ideia de igualdade e do político e questiona a soberania popular ao ponto de a cidadania se restringir ao voto.

Uma terceira estratégia que assegura o governo pela tradição e a reprodução privada do poder é o alargamento da “esfera pessoal protegida” (BROWN, 2019, p.141), no qual cada vez mais atividades legítimas emanam ou estão circunscritas a esfera individual, de modo a aumentar a restrição da ação e questionar a soberania estatais. Como consequência, observa-se a potencialização e a legitimação das liberdades individuais, da tradição e dos costumes que, cada vez mais penetrados no social, validam o cerceamento do social, do político, e do planejamento. É fundamental perceber como o alargamento da esfera privada vai ao encontro

da lógica da soberania compartilhada do Estado, visto que a responsabilidade de provisão passa a ser mais individual ou referente ao núcleo familiar. Por essas razões, a provisão estatal é vista como desnecessária e ilegítima, pois atrapalha a ordem natural das coisas.

Diante de toda a teorização das estratégias da política neoliberal, Brown (2019) está interessada em discutir o neoliberalismo realmente existente em sua vinculação com o social, o político e a moral tradicional. Assim sendo, o que a autora observa é o efeito do desmantelamento do social em diversas áreas.

Politicamente, envolve o desmantelamento ou a privatização do Estado social – seguridade social, educação, parques, saúde e serviços de todos os tipos. Legalmente, envolve o manejo de reivindicações de liberdade para contestar a igualdade e o secularismo, bem como as proteções ambientais, de saúde, de segurança, laborais e ao consumidor. Eticamente envolve a contestação da justiça social por meio da autoridade natural dos valores tradicionais. Culturalmente, implica uma versão do que os ordoliberais chamaram de "desmassificação", escorando os indivíduos e famílias contra as forças do capitalismo que os ameaçam (BROWN, 2019, p. 48).

A estratégia de “desmassificação” vai ao encontro do que viemos discutindo, pois visa evitar a associação dos proletários, impedindo, inclusive, uma demanda pelo Estado Social a partir da empreendedorização dos sujeitos, de modo que as responsabilidades do Estado passam cada vez mais para os indivíduos e suas famílias. Frente a esse processo, destacam-se três principais consequências: (i) a empreendedorização que incrementa cada vez mais o capital humano e responsabiliza os sujeitos e as famílias no processo de autoinvestimento, como já discutido anteriormente; (ii) o processo de terceirização que atua em todos os níveis; e (iii) o deslocamento da responsabilidade do investimento social para a família, que agora deve prover para todos os dependentes, atuando de maneira a conter as demandas por um Estado Social por meio da moralidade, disciplina e autoridade (BROWN, 2019). O que observamos são diferentes formas de compartilhamento da soberania do Estado que atuam conjuntamente na distribuição das responsabilidades públicas entre os diversos atores do âmbito privado – o indivíduo, a iniciativa privada e a família.

Brown (2019) destaca que a restrição do neoliberalismo ao político vem gerando uma plutocracia na qual a cultura política antidemocrática baseia-se na troca de favores dominados por interesse econômico e/ou pessoais. Isto é, observa-se a inserção de uma classe, cada vez mais poderosa na política, que atua no sentido de aprovar legislações vinculadas aos seus interesses. Apesar de o fenômeno ser apontado na política norte-americana, é importante nos questionarmos como e se isso vem acontecendo também no Brasil, principalmente, no que tange à aprovação das legislações promotoras e incentivadoras do crescimento das CTs, dado que, nos últimos anos, houve a aproximação dos atores vinculados às CTs a diversos setores

do Estado brasileiro, inclusive mediante a obtenção de cargos políticos, e o incremento de legislações voltadas ao crescimento de tais comunidades.

Outro fato observado pela autora relaciona-se à dissociação entre tradição e moralidade e a consequente expansão da última enquanto moralidade cristã conservadora, que recorre ao estatismo e se utiliza do discurso da liberdade, inclusive da ideia de liberdade de opinião, para assegurar seu espaço. Vale ressaltar, o conservadorismo só se relaciona com a liberdade de forma parcial, quando ela está a seu favor, logo, não haveria problema no uso do poder coercitivo e/ou autoritário para assegurar sua crença do que é correto. Nesse entendimento, o que temos é o crescimento da relação entre a moral conservadora e os sistemas políticos.

A formalização deste aspecto da promulgação trava uma campanha familiar, e não mercantil, contra os princípios e instituições democráticos. Transforma exclusão, patriarcalismo, tradição, nepotismo e cristandade em legítimas ameaças à inclusão, à autonomia, aos direitos iguais, aos limites aos conflitos de interesse e ao secularismo. Embora ambos os tipos de privatização ocorram sob a rubrica neoliberal de expansão da liberdade contra os ditames do Estado por justiça social ou distribuição pelo mercado, o segundo é especialmente importante hoje na geração psíquica e política da formação de uma cultura política liberal autoritária. As coordenadas da religião e da família - hierarquia, exclusão, homogeneidade, fé, lealdade e autoridade - ganham legitimidade como valores públicos e moldam a cultura pública conforme se juntam ao mercado para deslocar a democracia (BROWN, 2019, p.142)

Em vias de discutir e compreender a relação entre a moralidade e os sistemas políticos, Lakoff (2016) estuda a cultura norte-americana destacando alguns princípios da moralidade conservadora e da moralidade liberal. Logo de início, cabe aqui destacar que, apesar de ter o nome de liberal, é a moralidade conservadora aquela que se aproxima das discussões sobre o neoliberalismo realizadas neste texto. Como moral, o autor entende o modo como as pessoas enxergam o mundo, ou seja, como compreendem/interpretam os eventos. Haveria, então, tanto uma moral conservadora quanto uma moral liberal que, dadas as suas variações, atuariam na forma de ver o mundo, sendo perspectivas sustentadas em diferentes modelos de família.

O modelo sustentado pelos conservadores seria o da moralidade do “*Strict father*”, que enfatiza a família nuclear tradicional na qual autodisciplina, autossuficiência e respeito pelas autoridades são qualidades essenciais, a serem aprendidas por meio de esquemas de recompensa e punição. Enquanto isso, a perspectiva liberal, ao contrário, alinha-se ao modelo “*Nurturant Parent*”, destacando características como empatia, distribuição justa e cuidado por meio do amor e da comunicação.

Apesar do estudo de Lakoff (2016) estar centrado na cultura norte-americana, ele auxilia no entendimento de como os sistemas morais vinculam-se diretamente com a visão de uma política neoliberal, conforme defendida pelos conservadores, não estando ela alinhada somente com as políticas de um Estado mínimo, com o enriquecimento de uma pequena parcela da população e com o individualismo, sendo necessário também pensar sua relação com os esquemas morais. Diante disso, entendendo que, por ser uma categorização, podem haver variações dentro de duas moralidades, o autor nos convida a pensar essas categorizações em seus efeitos nas políticas públicas, o que nos ajuda quanto aos propósitos deste trabalho.

Ao pensar, por exemplo, na constituição de uma política de drogas, o moralismo “*Strict Father*”, baseado em uma lógica familiar privada na qual as responsabilidades individuais são colocadas em evidência, defende uma política atrelada à força moral, em que o problema do uso de drogas está vinculado diretamente com a falta de autodisciplina, o que deve ser punido com aprisionamento, em uma política com características proibicionista e de caráter segregador. Ao contrário, uma política ligada à moralidade “*Nurturant Parent*” entende o uso de drogas atrelado às condições e/ou pressões sociais, por essa razão, o cuidado para o usuário de drogas deve ser pensado e debatido, juntamente, com as questões sociais que perpassam o uso e a circulação das drogas.

Para melhor compreensão das diferenças, Lakoff (2016) exemplifica o uso das políticas de “*Strict Father*” com o famoso programa de prevenção destinado a jovens, “*Just say no*”, lançado nos Estados Unidos sob o crescente conservadorismo político do governo Reagan. A campanha alienava o debate das drogas das questões sociais e identificava a substância como o único problema. Nesse sentido, a forma de combater as drogas seria responsabilizar cada indivíduo e suas famílias. Convém destacar que esse programa esteve diretamente vinculado a uma racionalidade neoliberal de crítica às políticas de bem-estar social.

Apesar do movimento “*Just say no*” se constituir como política norte-americana, faz-se importante destacar que alguns autores têm demonstrado sua influência nas políticas de drogas brasileiras, desde seu início, com a aprovação da primeira lei de drogas em 1921, até a legislação atual de 2019, que ainda tem como principal objetivo a abstinência (TAMATSU; SIQUEIRA; DEL PRETTE, 2020; FIORE, 2012).

A metáfora familiar, utilizada para compreender a relação entre usuários e o Estado, é bastante reveladora, se levado em conta o fato de que as CTs, como veremos, serem convocadas a substituir o papel das famílias – ditas disfuncionais – às quais os usuários de drogas pertencem e, a partir das estratégias de disciplina, trabalho e espiritualidade, bem

como da convivência entre pares, formarem novos sujeitos, aparentemente decorrentes da moralidade “*Strict Father*”. Em uma política baseada nessa moralidade, os bons cidadãos são aqueles que não só desempenham os valores citados, como também protegem os cidadãos morais e a própria ordem moral conservadora.

Figura 2 – Campanha CONFEN/MJ anos 90



Fonte: Cristiano Caporezzo.⁵

Figura 3 – Comercial guerra contra o crack



Fonte: Prefeitura de São Paulo.⁶

As duas imagens acima exibem propagandas governamentais destinadas à prevenção das drogas. Na primeira, observamos o *slogan* das propagandas ligadas ao Ministério da Justiça e veiculadas no final dos anos 90. A segunda imagem, mais recente, foi parte da

⁵ Disponível em: <https://cristianocaporezzo.medium.com/drogas-nem-morto-8baf6ca3f2ea>. Acesso em: 10 dez. 2021.

⁶ Disponível em: <https://m.facebook.com/PrefSP/photos/a.239919349539843/707238979474542/>. Acesso em 10 dez. 2021.

campanha lançada pelo governo da cidade de São Paulo no ano de 2017. Vale lembrar que nos dois períodos foi observado o incremento de políticas neoliberais. Em 2017, especificamente, houve um recrudescimento da moral conservadora. Keese e Agopyan (2017) destacam como a propaganda do governo paulista está intrinsecamente associada à racionalidade neoliberal, na medida em que reduz a questão do uso de substância ao âmbito privado e intensifica os preconceitos direcionados à população que faz uso. Perante essas considerações, pode-se perceber como a discussão em torno do neoliberalismo é complexa, visto que esta política econômica se apresenta como uma racionalidade política presentificada nas formas de organização do Estado, na cultura política e na subjetividade. É necessário notar que, sendo esta uma separação didática, todos os âmbitos de atuação discutidos encontram-se diretamente encadeados.

Como vimos, o Estado neoliberal apresenta, com intensidade crescente, uma lógica de soberania compartilhada na qual o Estado se desresponsabiliza pelas políticas sociais em seu caráter público. Em outras palavras, a instituição de um arcabouço jurídico-legal que sanciona as estratégias neoliberais anda junto com a uma mudança subjetiva e a defesa de uma certa concepção moral conservadora. Isto posto, apresenta-se então a seguinte questão: em que medida essa racionalidade neoliberal se encontraria vigente no modelo de atendimento recomendado pelas CTs? Para pensarmos sobre a inquirição, discutiremos, no próximo capítulo, os fundamentos políticos das Comunidades Terapêuticas mediante seu histórico, modo de funcionamento e transformações junto ao Estado e às políticas brasileiras. Nesse percurso, faremos alguns apontamentos sobre a relação política-jurídica-institucional das CTs com diferentes setores do Estado, principalmente, com a área da segurança pública e a da saúde.

2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

2.1 Um breve histórico sobre as Comunidades Terapêuticas e a identificação de seus fundamentos políticos

Tradicionalmente, tributa-se à Maxwell Jones e à vertente da Psiquiatria Social a origem das Comunidades Terapêuticas, instituições originadas na Segunda Guerra. A partir das críticas ao modo de funcionamento dos hospitais psiquiátricos do século XX, Jones propõe sua reformulação. Dentre suas propostas estava a horizontalização dos papéis dos trabalhadores e dos pacientes, de modo que estes deveriam participar mais das decisões que concernem tanto à sua terapia quanto à organização da instituição. Na perspectiva de Maxwell Jones, uma das características importantes das Comunidades Terapêuticas seria o tratamento por meio da convivência entre pares. O que se observa nessa vertente é a reformulação dos hospitais e do seu modo de funcionamento.

Meirelles (2017) sugere que os alicerces das Comunidades Terapêuticas podem ser observados anteriormente às discussões da reforma psiquiátrica, nos Movimentos de Temperança do século XIX, que pregavam um resgate da moral pela retomada dos costumes cristãos. Para a autora, não é contraditório pensar as bases das CTs tanto na proposta de Jones quanto na dos Movimentos de Temperança. Essa perspectiva não-linear possibilita a reflexão sobre as influências que cada modelo teve na concepção de CT com que lidamos atualmente.

No primeiro caso, a ideia é de tratar a mente através da ciência, mais precisamente da psiquiatria. No segundo, verificamos a conotação de um resgate da moral e dos costumes cristãos, da vida controlada pelo espírito. As primeiras CTs imprimiram, de certa forma, um pouco dessas duas visões, uma confluência que perdurou em alguns modelos e que ainda hoje se pode observar nos formatos regulamentados, em que a espiritualidade é considerada como peça chave no tratamento da “doença” (MEIRELLES, 2017, p. 131).

Em seu livro *A comunidade Terapêutica: teoria, o modelo e o método*, De Leon (2000) faz uma distinção entre as Comunidades Terapêuticas criadas por Jones, que tinham como público-alvo pessoas com transtornos psiquiátricos, e aquelas originadas principalmente nos Estados Unidos com o objetivo de ajudar pessoas que faziam uso de drogas. Segundo o autor, ainda não se sabe a real influência de uma instituição em relação à outra, mas observa-se uma similaridade entre perspectivas no que diz respeito à ideia de tratamento a partir do convívio em comunidade.

Além disso, a influência de outros grupos criados no meado do século XX – o grupo de Oxford, o modelo Minnesota (AA) e o modelo Synanon – são destacados como precursores

das CTs tradicionais. O primeiro, baseado em princípios cristãos, tinha como objetivo o compartilhamento de experiências entre alcoolistas em recuperação; o segundo constitui-se como um modelo de tratamento aliado à técnica dos 12 passos⁷ dos Alcoólicos Anônimos (AA). Já o modelo Syanon, criado por um dependente em recuperação, tem um formato residencial que inclui a laborterapia e o incentivo a um novo estilo de vida a partir de suas técnicas (DE LEON, 2000; CONED/SP, 2020)

A constituição das CTs tradicionais se deu a partir das experiências de tentativa e erro dos adictos em recuperação, ou seja, foram instituições que se desenvolveram longe do saber médico ou da área da saúde. Todavia, as CTs contemporâneas têm cada vez mais se aproximado e incluído profissionais da área do serviço social, da psicologia e da psiquiatria, aproximando-se, conseqüentemente, de agências de saúde e de financiamento público (DE LEON, 2000). Como veremos, esse movimento de aproximação entre as CTs, as categorias profissionais e o financiamento público têm acontecido, principalmente, nos últimos anos, de modo que as CTs e seus fundamentos têm constituído um campo organizacional que vem ganhando cada vez mais espaço nas políticas sociais.

De Leon (2000) demonstra que um dos fundamentos das CTs é o trabalho baseado na ideia de família, fato que fica claro a partir do termo com a qual os acolhidos se identificam – irmãos – e pelo uso da palavra “família” para definir aquela comunidade. Essa ideia parece derivar do entendimento de que as pessoas que fazem uso de drogas vieram de famílias disfuncionais, desse modo, seria o papel das CTs prover um ambiente familiar estruturado que possibilitasse o crescimento do sujeito a partir da segurança física e psicológica, do encorajamento e aceitação para aqueles que estão tentando mudar, além da transmissão de valores importantes para a vida em comunidade. A utilização do termo família é sugestiva, uma vez que, como vimos, para as teorias neoliberais, em última instância, a responsabilidade pelos sujeitos seria da família e não do Estado. Dessa forma, cabe questionar como se daria o papel dessa nova família, não mais disfuncional, mediante a lógica da soberania compartilhada do Estado.

Isso posto, percebe-se que as CTs têm como objetivo não só a abstinência, mas (i) a mudança do estilo de vida do sujeito, que deve se responsabilizar pelo seu consumo e pelo seu tratamento a fim de se readaptar às normas sociais, e (ii) a reconfiguração do Estado, que

⁷ Os doze passos são um conjunto de 12 princípios espirituais que guiam a recuperação individual dos pacientes. Dentre estes princípios podemos destacar a necessidade de admitir a perda de controle em relação ao uso da substância e, conseqüentemente, se submeter à um poder superior; o autoexame contínuo; a reparação com o próximo; a ajuda a outros que também estão sofrendo devido o uso de drogas; entre outros (DE LEON, 2000)

deve garantir o financiamento e a regulamentação dessas instituições. Precisamente, as CTs atuariam como microssociedades, nas quais, por meio da autoajuda e da convivência com os pares, o indivíduo poderia reaprender e melhorar sua relação com o mundo e com a sociedade.

First, the framework defines the TC as a unique self-help approach—albeit a bonafide social and psychological one—to the treatment of chemical addiction and related problems. The term "therapeutic" denotes the social and psychological goals of TCs, namely changing the individual's lifestyle and identity. The term "community" denotes the primary method or approach employed to achieve the goal of individual change. The community is used to heal individuals emotionally and to train them in the behaviors, attitudes, and values of healthy living (DE LEON, 2000, p. 32).

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), em seu site, sustenta a ideia de que as CTs existem há mais de dois mil anos, ao mesmo tempo em que consideram que os princípios instituídos por Maxwell Jones, após mudanças de rumo – passando a empregar a ajuda mútua e a quebra das hierarquias –, deram origem às instituições e aos princípios que estruturam as CTs como as conhecemos hoje. A Federação, em material construído junto ao Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo (CONED/SP) e a Secretaria de Justiça e cidadania do Estado de São Paulo, define as CTs como:

serviço residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos, de caráter exclusivamente voluntário, que oferece um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, cujo objetivo – muito mais ambicioso do que apenas a manutenção da abstinência – é a melhora geral na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo (CONED/SP, 2020, p. 13).

Esses princípios são vinculados a Maxwell Jones e à “3ª revolução na Psiquiatria” (FEBRACT, 2016c). Contrariamente a essa concepção, Amarante (2007) defende que as CTs de Maxwell Jones e as atuais nada têm em comum. Junto a isso, Barroso (2020) reforça que

... apesar de certas características comuns entre as CTs tradicionais e o atual modelo das CTs brasileiras, há pontos específicos que as diferenciam. As primeiras foram propostas por psiquiatras com base na crítica do modelo manicomial vigente no século XIX para tratar egressos da guerra. Já as segundas foram trazidas por líderes religiosos estrangeiros visando ao tratamento de usuários de drogas baseado na disciplina, trabalho e espiritualidade (BARROSO, 2020, p. 34).

FIGURA 1 – Processo histórico das comunidades terapêuticas



Fonte: Brasil (2019b, p. 74-75).

No Brasil, a primeira CT foi estabelecida em Goiânia, no ano de 1968, por um casal de pastores, sendo denominada Movimento Jovens Livres (BRASIL, 2019b; CONED/SP, 2020). Ao analisarem o material de uns dos módulos do curso sobre comunidades terapêuticas, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (MJ), Bastos e Alberti (2021)

destacam que, das seis CTs tidas como pioneiras no Brasil, cinco tinham influência dos projetos norte-americanos e estavam desde seu início ligadas ao discurso religioso. Esse dado demonstra ser a religião, ao lado da família e da autoajuda, fundamentos de grande importância para a constituição dessas instituições, fato observado até hoje.

Alguns autores identificam que, no Brasil, a ausência de políticas públicas de saúde até os anos 80, junto com a carência de propostas outras de tratamento para usuários de drogas, possibilitou a emergência das CTs por volta dos anos 70, tendo seu maior crescimento nos anos 90 (BOARINI; BOLONHEIS-RAMOS, 2015; GUEDES, 2014; ALVES, 2009). Diante do cenário atual questionamos: estariam as CTs tendo um novo momento de crescimento? Que atores e circunstâncias históricas estariam potencializando esse crescimento e quais as suas especificidades? Entendemos que, para responder a essas questões, faz-se importante entender os fundamentos políticos que, juntamente com aqueles vistos até aqui – a religião, certa ideia de família e o modelo de autoajuda – sustentam o modelo de cuidado das CTs e fazem com que elas adentrem o Estado e as políticas sociais.

A pesquisa recente realizada sobre o perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil (IPEA, 2017) destaca os três pilares fundamentais das CTs brasileiras: trabalho, disciplina e espiritualidade, os quais cabe situar mais profundamente neste momento. O primeiro é entendido como uma intervenção terapêutica a partir da concepção de laborterapia, nesse sentido, os internos são responsáveis pelo cuidado da instituição e, por vezes, por atividades de geração de renda. A disciplina, por sua vez, está ligada tanto à manutenção dos horários e do cotidiano da comunidade quanto à disciplina espiritual, permitindo aos internos desenvolverem seu caráter e autocontrole. A espiritualidade não está relacionada somente às comunidades ligadas às instituições religiosas; ao contrário, é tida como um recurso por meio do qual os internos podem recorrer a um poder superior como meio de apaziguamento das suas angústias e retomada de uma moralidade de caráter conservador. Há, no entanto, um forte apelo moral religioso como princípio de tratamento, visto que a maior parte dessas instituições está vinculada à religião evangélica, principalmente pentecostal.

Até este ponto, podemos perceber que as CTs se baseiam em diversos fundamentos, quais sejam disciplina, trabalho, espiritualidade, abstinência, autoajuda, convivência entre pares e a conformação de um modelo de família baseada em uma moral conservadora. Todos eles constituem uma forma de ver os sujeitos e, conseqüentemente, de pensar as políticas e os modelos de atenção destinados aos usuários de álcool e outras drogas. Cabe investigar se esses fundamentos encontram afinidades nos valores públicos da sociedade brasileira

contemporânea, de modo a reforçar a difusão de determinada política e, conseqüentemente, da expansão das CTs.

Ainda sobre essas instituições, Santos (2017, p. 8) as define como “residências coletivas temporárias” destinadas para pessoas que fazem uso problemático de drogas. Sendo o tratamento realizado a partir da permanência na instituição e do isolamento de suas relações sociais anteriores, seu objetivo é a abstinência de drogas por meio da mudança do estilo de vida. O tamanho da instituição, as práticas e o apoio técnico e espiritual estarão diretamente concatenados aos recursos financeiros e humanos disponíveis naquela CT, pois ela se constitui, pelo menos de uma maneira inicial, a partir de iniciativas privadas.

A autora ainda destaca a crescente organização das CTs em unidades associativas e a função dessas unidades na relação com as políticas públicas. O estudo encontrou 34 entidades associativas que sugerem uma organização das CTs em torno da elaboração de pautas comuns, instituindo cada vez mais legitimidade a esses dispositivos. Das instituições que declararam fazer parte dos conselhos de políticas públicas, a maioria integra os espaços municipais, o que demonstra a dispersão dessas entidades em diversos níveis.

Estes percentuais denotam uma expressiva integração destas entidades aos espaços de decisão das políticas municipais, de onde possivelmente constroem as fundações de sua plataforma de acesso às demais arenas governamentais. Esta integração indica, ainda, a extensão da aceitação que estas entidades angariam a seu modelo de cuidado, nas instâncias mais básicas da administração pública brasileira (IPEA, 2017, p. 34).

A pesquisa conclui que as CTs têm se organizado de modo a constituir um campo organizacional que legitime suas ações de atenção aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, fazendo avançar as pautas relacionadas aos interesses dessas instituições (IPEA, 2017). Um dos exemplos é a organização em 2015, na Câmara dos Deputados Federais, da Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e APAC's, que se expandiu a ponto de, no ano de 2019, alcançar o Senado Federal, como Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas e Apac's, e a Alerj, como Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro.

Ao realizar uma etnografia das relações institucionais entre os atores não governamentais (trabalhadores e dirigentes das CTs, bem como as federações das CTs) e atores governamentais (Secretaria Municipal e Estadual de Saúde) no estado do Rio Grande do Sul, Barroso (2020) nos ajuda a pensar nessas demandas e pressões realizadas frente ao Estado para a legitimação das CTs, bem como nas mudanças que essas instituições necessitaram realizar a fim de se enquadrarem nas legislações vigentes e, conseqüentemente,

conseguirem financiamento público. A autora destaca como as CTs têm se organizado com os agentes governamentais a fim de estarem presentes nas políticas públicas sobre drogas, como instituições aptas a acolher e acompanhar usuários de drogas, instituindo cada vez mais a perspectiva da abstinência no debate público. Junto a isso, defende que essa proximidade tem se dado, principalmente, a partir das federações, que têm atuado de maneira dupla, tanto nas articulações políticas quanto na qualificação do trabalho das CTs.

A participação das entidades e atores políticos vinculados às CTs se dá através de discursos que apelam aos sentimentos morais, deixando de lado as questões sociais implicadas no uso das drogas. Barroso (2020) relata ser comum tanto em palestras das federações quanto em congressos a utilização do testemunho de pessoas que já passaram pelas CTs como forma de comover e comprovar que o tratamento funciona. O fato de os testemunhos configurarem-se como forma de mobilização política é significativo, visto que a utilização dessa técnica comunica a racionalidade neoliberal ao individualizar o uso de drogas, colocando em evidência aqueles que foram fortes o suficiente para conseguir mudar seu modo de vida. Nessa perspectiva, os que continuam a usar drogas são vistos como perdedores. Tanto a forma de tratamento quanto a própria instituição não são questionadas.

Assim como acontece com outros direcionamentos de políticas públicas, os “sentimentos morais” (FASSIN, 2012) mobilizados durante os testemunhos dos adictos em recuperação em espaços políticos podem permitir articulações importantes na política contemporânea. Por meio de narrativas dos próprios representantes de CTs, que estavam no fundo do poço e agora estão reinseridos na sociedade, busca-se também legitimar o aparato institucional referente ao modelo das CTs (BARROSO, 2020, p. 110).

Já os cursos de qualificação organizados pelas federações têm a função de capacitar os trabalhadores e gestores das CTs, de modo que estejam cada vez mais organizados como a *verdadeira Comunidade Terapêutica* e aptos a conseguir financiamento público. Inclusive, é possível encontrar materiais de formação para esses trabalhadores, que, cada vez mais, defendem a necessidade de uma intervenção mais técnica e especializada no trabalho nessas instituições (BRASIL, 2019b; CONAD/SP, 2020).

Em cursos ministrados pelas federações, Barroso (2020) destaca algumas das características que, além da relação com a vida política, têm servido de fundamento para as *verdadeiras Comunidades Terapêuticas*. Na tentativa de desvincular a imagem das CTs tanto de clínicas quanto de algumas das características das CTs tradicionais, os ministradores dos cursos trazem alguns parâmetros a serem incorporados pelas instituições. São eles:

1. A voluntariedade do tratamento e a não discriminação em relação a raça, credo, gênero ou orientação sexual. Nesse sentido, as federações destacam que as internações

involuntárias devem ser realizadas somente em Clínicas que são regulamentadas pela RDC nº 050/2002 (BRASIL, 2002).

2. A compreensão do público que deve ser direcionado às CTs e aqueles que precisam de atendimento em hospitais psiquiátricos. O material produzido pelo Ministério da Cidadania (BRASIL, 2019b) reforça que as CTs são só mais um ponto de atenção da rede, devendo ser avaliado o perfil do acolhido.
3. A importância da estrutura, manutenção da privacidade e organizações sanitárias que, além de estarem condizentes com os parâmetros das legislações, possam despertar a vontade dos acolhidos em estarem naquele lugar.
4. Em relação à religião, tema muito controverso, o que se defende vai ao encontro da pesquisa do Santos (2017). Ou seja, há a utilização restrita do discurso da religião em favor de um discurso que ressalta a espiritualidade como aquela que ajudará o adicto na busca por seu novo modo de vida no decorrer do tratamento. Essa nova configuração estaria mais próxima de um discurso socialmente aceito, ao mesmo tempo em que ajudaria as CTs a se adequarem e a ganharem espaço no debate das políticas públicas.
5. Diante de diversas denúncias e críticas no que compete à realização de trabalho forçado dentro das CTs, o que se percebe é uma insistência para que os acolhidos realizem somente o trabalho considerado terapêutico, de modo que a manutenção da instituição precisa ser realizada por profissionais capacitados. Entretanto, isso é realizado sem que as CTs percam a característica de que os acolhidos cuidam da instituição. Assim, as atividades cotidianas, como almoço e limpeza do local, podem ser consideradas terapêuticas, pois inserem os acolhidos no mundo do trabalho, ensinando-os a ter proatividade e independência.
6. Sendo outro ponto controverso a disciplina, que, em muitas CTs, é realizada através da punição, as ditas *Verdadeiras Comunidades Terapêuticas* são incentivadas a trabalhar a disciplina de seus internos por meio de recompensas, não de punições.
7. A realização de registros diários sobre a evolução dos acolhidos é incentivada, a fim de se produzir algum material referente às CTs e aos seus acolhidos. Esse incentivo diz muito sobre a tentativa dessas instituições de se aproximarem de uma abordagem técnica.

Além da reestruturação das práticas institucionais, há, também, a readequação da linguagem utilizada pelos participantes. Visto que, para o Ministério da Cidadania, as CTs

não são instituições da área da saúde, não cabe a elas realizar a internação dos usuários, logo, Barroso (2020) destaca o uso do termo acolhimento/acolhidos para se referir àqueles que frequentam as CTs. Apesar da justificativa para a escolha do termo estar relacionada com uma diferenciação quanto à internação, necessariamente realizada pelos dispositivos de saúde, o uso do termo “acolhimento” chama a atenção, por ter sido amplamente utilizado nos dispositivos de saúde mental pró-reforma psiquiátrica. Após a instituição dos CAPS III, que possuem leito 24 horas, começa-se a utilizar o termo “leitos de acolhimento à crise”, nomenclatura que tenta diferenciar cada vez mais o tratamento de base comunitária realizado nos CAPS do tratamento realizado em Hospitais Psiquiátricos. Resende(2021) alerta ainda que o uso do termo acolhimento sustenta a posição de indefinição das CTs diante das políticas públicas, visto que elas, não operando como dispositivos de saúde, têm circulado em busca de financiamento em diversos Ministérios.

A mudança na linguagem dessas instituições, com a apropriação de termos de outras áreas, demonstra cada vez mais seu esforço na qualificação de seus trabalhadores, a fim de garantir sua entrada no debate público sobre a política de drogas.

As argumentações recorrentemente empregadas e o reconhecimento dos limites da antiga CT sugerem aos participantes dos cursos a implantação de novas ferramentas, linguagens e práticas nas instituições que se coadunam na verdadeira CT. Nesse sentido, os cursos das federações tornam-se meios para homogeneizar os conceitos e as práticas de atenção nas CTs e, ao mesmo tempo, controlam as possíveis arbitrariedades existentes. Com isso, as federações de CTs visam modificar o perfil das CTs existentes, configurando uma nova visão sobre essas instituições, inserindo-as cada vez mais na rede de atenção psicossocial junto aos serviços públicos (BARROSO, 2020, p. 145).

Ao estudar o campo organizacional das CTs para entender sua articulação com as políticas públicas, Pires (2018) destaca três aspectos, concernente à homogeneização das instituições e a formação de um campo coletivo, que, em conjunto, poderiam ajudar na conformação deste campo: (i) a reprodução das práticas terapêuticas entre as próprias instituições, diante da dificuldade de estabelecer técnicas científicas para o campo; (ii) o importante papel das Confederações no estabelecimento dessas normas, atuando de maneira mais enfática do que as próprias legislações; e (iii) a disseminação das práticas organizacionais realizadas pelas Confederações que atuam na formação de novos trabalhadores alinhados com a perspectiva das CTs, gerando um grupo profissional identitário próprio. Essa homogeneização do campo possibilita maior articulação dos atores vinculados às CTs tanto com o meio público quanto com o meio privado, o que, conseqüentemente, ajuda na defesa de determinadas pautas e bandeiras (PIRES, 2018).

Fica claro, destarte, que as instituições em discussão, mesmo mantendo seus princípios de ajuda mútua, disciplina, trabalho e espiritualidade, com forte apelo a uma linguagem de valorização da família, dos princípios religiosos e da individualização da questão do uso de drogas, têm feito um esforço nos campos técnico e político e na adequação dos valores sociais, de modo a adentrar cada vez mais as discussões da Políticas Nacional sobre drogas. Assim, as CTs adaptam seu campo retórico-discursivo, permitindo aos atores políticos a abertura de um caminho institucional para suas demandas, de modo que os princípios orientadores das CTs passam a orientar diversas políticas públicas de drogas e vice-versa.

Visto que essas unidades vêm ganhando espaço, Barroso (2020) afirma que a inserção delas no espaço da política pública deixa de ser uma política de governo – apesar de ficar claro que o fato de haver governantes adeptos à questão da abstinência, de alguma forma, facilitar a inclusão destas instituições – e passa a ser uma política de Estado. Isso posto, perscrutamos quais as características e os caminhos que configuraram um Estado politicamente permeável à expansão e a legitimação das CTs.

2.2 Políticas Públicas sobre drogas no Brasil

Fiore e Rui (2021) advertem que, para discutir o fenômeno das Comunidades Terapêuticas, é necessário discutir o papel e as respostas do Estado no que diz respeito ao fenômeno das drogas, mais precisamente, quanto às políticas destinadas a pessoas que fazem uso de drogas. Diante disso, apesar de nosso objetivo ser pensar os modelos de atenção focados nesses usuários e seus fundamentos políticos, é fundamental entender que a política sobre drogas no Brasil abrange diversas outras discussões, como prevenção, redução da oferta, repressão e o combate ao tráfico de drogas.

O início da política de drogas se deu a partir da aprovação do Decreto-Lei n. 891/1938 (BRASIL, 1938). Essa legislação, em consonância com os acordos internacionais, instituía a listagem de substâncias proibidas e medidas de prevenção e repressão às drogas e tratamento dos toxicômanos ou intoxicados habituais. Em relação a estes últimos, a internação em ambiente hospitalar, fosse ela obrigatória ou facultativa, era colocada como único tratamento possível visando à cura, sinônimo de abstinência. Desse modo, ficava proibido o tratamento de toxicômanos em ambiente domiciliar.

Na década de 70, observam-se algumas legislações que permanecem sob a lógica proibicionista. Como exemplo, temos a Lei nº. 5.726/1971, que prevê internações hospitalares como medida de “reabilitação criminal do viciado” para os “viciados infratores” (BRASIL,

1971), ou mesmo a Lei nº.6.368/1976, que indica “tratamento sob regime de internação hospitalar” dos “dependentes de substâncias entorpecentes”. Mesmo que a Lei nº.6.368/1976 previsse um tratamento extra-hospitalar se não houvesse necessidade de internação, ainda não havia dispositivos que atendessem a essa demanda (BRASIL, 1976). Por isso, observamos que as políticas públicas destinadas aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas, fosse no âmbito da saúde ou da justiça, relegavam a esses usuários um tratamento pautado no paradigma da abstinência, sendo ele realizado por meio da institucionalização e isolamento social.

Em determinado momento, no entanto, as perspectivas da saúde e da justiça começam a se diferenciar, de maneira que diferentes modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas são construídos. Essa diferenciação, no entanto, não se dá sem disputa, o que gera aproximações e distanciamentos entre os campos. A fim de entender alguns dos embates colocados na relação das CTs com os atores político-institucionais, traçaremos as perspectivas no que tange ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas, conforme defendido pelo campo da saúde pública, depois pensaremos o modelo de atenção do campo da justiça e segurança pública e, por último, analisaremos a vinculação das CTs com os dois campos, na tentativa de identificar caminhos e afinidades que ajudaram no fortalecimento dessas instituições.

2.2.1 A mudança no modelo de atenção à saúde mental

Por muito tempo, no âmbito da saúde pública, os usuários de álcool e outras drogas foram excluídos e internados em instituições de caráter asilar, fato que reforçava o estigma em relação a essa população. É na década de 70, concomitante ao processo de redemocratização, que se começa a pensar uma reforma sanitária brasileira, na qual um novo modelo de atenção à saúde fosse instituído como direito. Tem-se a proposta de um sistema único, público e universal no qual os trabalhadores e usuários participassem ativamente dos processos de gestão e organização das políticas de saúde.⁸

⁸ As discussões da reforma sanitária culminaram na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990). Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, o texto regula os serviços de saúde em todo o território nacional, tanto no âmbito público quanto no âmbito privado. Essa lei, ao mesmo tempo em que reconhece o acesso à saúde como um direito e dever do Estado, abre caminho para a regulamentação de serviços privados – para atuar através de convênios ou contratos – como complementares ao Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, podemos perceber que a instituição de uma política pública e universal já nasce dando espaço para a iniciativa privada.

É nessa mesma década que começa a ganhar força o movimento da Reforma Psiquiátrica, que, ao questionar o lugar da psiquiatria, da institucionalização prolongada e dos hospitais psiquiátricos, começa a propor uma mudança no modelo de atenção à saúde mental. A reformulação preconizava o fim da institucionalização em grandes instituições asilares e a construção de um cuidado mais próximo à comunidade (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesse cenário, observamos que as discussões relacionadas à reforma democrática do Estado brasileiro permeavam todos os campos da sociedade, inclusive, a área da saúde mental, de modo que uma das marcas fundamentais da reforma psiquiátrica brasileira torna-se a luta pelo reconhecimento dos direitos e, primordialmente, da cidadania dos chamados loucos. Em outras palavras, observamos a produção de um cuidado afinado com a produção de democracia, na qual as pessoas com transtorno mental tivessem seu lugar garantido por meio da luta pelo direito do cuidado em liberdade, pela (re)inserção na comunidade, na família e no trabalho, pela proteção contra abusos e pela reformulação dos valores sociais que estigmatizavam a loucura. Todas essas lutas trouxeram a necessidade de reformulações no âmbito da clínica, das políticas públicas e do paradigma de doença mental.

Cabe ressaltar que os dois movimentos de reforma, sanitária e psiquiátrica, foram realizados com a participação dos movimentos sociais dos quais eram integrantes, envolvendo a colaboração de trabalhadores da área da saúde, membros de associações profissionais, associação de familiares e membros das universidades. Na área da saúde mental, é criado, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); em 1987, ocorre a articulação da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, que até hoje é realizada com o objetivo de avaliar, organizar e propor diretrizes para a área da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Iniciam-se, principalmente a partir da década de 80, experiências de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, processo que resultou no que hoje chamamos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principais dispositivos da rede de saúde mental, devido ao seu papel de organizador da rede em seu território. Esses centros, além de

articularem o cuidado com outros serviços, a fim de garantirem a integralidade na atenção à saúde, propõem a oferta de uma atenção integral, através de diversos serviços como oficinas, atendimentos individuais, programas de geração de renda, visitas domiciliares, passeios culturais, atendimento à família, entre outros (TENÓRIO, 2002).

No Brasil, aliado ao debate democrático em torno da saúde mental, a discussão do uso de drogas como questão de saúde e problema sanitário começa a tomar forma juntamente com a preocupação em relação ao alastramento do vírus HIV, principalmente, em usuários de drogas injetáveis, uma vez que o compartilhamento de seringas contribui para a propagação do vírus. Diante do incentivo internacional, da união da sociedade civil e de iniciativas governamentais, foram implementados os primeiros programas de troca de seringa na década de 90 (RUI, 2012). O primeiro Programa de Troca de Seringas do Brasil e da América Latina foi inaugurado em 1995, em Salvador, na Bahia, sendo, posteriormente, ampliado para o Programa de Redução de Danos, que, além das trocas de seringas, procurava reduzir outros danos que o uso de drogas poderia acarretar (ANDRADE, 2011).

O início da implementação das estratégias de redução de danos colocou os usuários de drogas como objeto da saúde pública, devido à questão do risco sanitário, de modo que foi necessário pensar em uma política que deixasse de individualizar a questão do uso de drogas e discutisse saídas a partir de estruturas coletivas. Assim sendo, buscou-se pensar o uso de drogas em suas relações sociais e o tratamento dos usuários a partir de dispositivos de base territorial, que os entendia como cidadãos (RUI, 2012).

De uma prática médico sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes a uma única ação, a da troca de seringas, ao longo de sua execução a redução de danos evolui para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo (ANDRADE, 2011, p. 4666).

A partir da década de 2000, o campo das políticas públicas no que diz respeito às drogas começa a sofrer mudanças importantes. Intensificam-se propostas e projetos na esfera do Ministério da Saúde, que tentam retirar cada vez mais a questão do uso abusivo da droga do âmbito da justiça e segurança pública, reafirmando a importância da questão como um desafio para a Política Pública de Saúde, principalmente, de Saúde Mental.

Primeiramente, tem-se a aprovação da lei 10.216 de 6 de abril de 2001⁹, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

⁹ Ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada em um Projeto de Lei no Congresso Nacional que propunha regulamentações no âmbito do direito das pessoas com transtornos

modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001a). A legislação foi um ganho no que tange ao redirecionamento do modelo assistencial até então vigente. Dessa forma, essa legislação, que incluiu o cuidado aos usuários de drogas como uma questão de saúde mental, marca, no âmbito federal, o redirecionamento de um modelo centrado no âmbito hospitalar como único *locus* de tratamento para um modelo comunitário que, como vimos, está fundamentado em princípios democráticos.

O modelo comunitário retira o transtorno mental do âmbito individual e propõe um trabalho no qual a relação da sociedade com a loucura e com o uso de drogas é (re)discutido. Desse modo, o trabalho passa a ser pensado a partir de redes intra e intersetoriais nas quais a cidadania, a autonomia, a corresponsabilização – entre os serviços públicos de saúde, famílias e usuários – e o protagonismo do usuário quanto ao seu tratamento são pontos fundamentais. Vale ressaltar que o conceito de autonomia defendido por essa perspectiva em nada se relaciona com independência, ou seja, não significa não interferência, mas, ao contrário, é pautado na habilidade do sujeito em fazer relações. Por essa visão, o sujeito não está sozinho na construção de sua autonomia, sendo necessária uma mudança política e social que crie condições sociais para que ele possa estabelecer redes coletivas (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Em 2003, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/Aids, lançou a primeira edição da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas” a partir de demandas colocadas durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental (ocorrida em dezembro de 2001). Nesse documento, os autores destacam que a ausência de políticas de saúde destinadas aos usuários de drogas, na lógica da reforma psiquiátrica, deu espaço para que instituições de cunho asilar se expandissem. Em contraposição a tais instituições, a política do Ministério da Saúde propõe que a questão do uso de drogas deve ser entendida e abordada de modo multifatorial, inclusive, com suas demandas específicas para a área da saúde (BRASIL, 2003).

mentais e, principalmente, a extinção dos hospitais psiquiátricos no país de forma progressiva. Este Projeto tramitou durante 12 anos no congresso até ser aprovado como a Lei 10216/2010, após diversas modificações, sendo a mais importante delas o fato de que não houve a explicitação de mecanismos para o fim dos manicômios. Vale lembrar que, na época da ditadura (1964 – 1985), o governo brasileiro havia realizado convênios com Hospitais Psiquiátricos privados, de modo que chegou a haver um repasse para este setor de mais de 90% das verbas destinadas à saúde mental. Logo, infere-se que a dificuldade de tramitação das Lei da Reforma Psiquiátrica e suas alterações são fruto de forte pressão dos empresários e políticos ligados a esses convênios (BARROSO; SILVA, 2011). Isso demonstra que o paradigma asilar aliado aos interesses privados já, naquele momento, estava institucionalizado na política e no debate das políticas públicas, evidenciando afinidades entre modelo assistencial e perspectivas políticas.

O MS assume que, até aquele momento, as propostas direcionadas para esse público se apresentavam de forma fragmentada. Por isso, durante aquele governo, é proposta uma política articulada que objetivava prevenir, tratar e reabilitar usuários de drogas, sendo baseada no paradigma da redução de danos e nos princípios da reforma psiquiátrica e da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001a). Nota-se que esse documento institucionalizou no âmbito nacional uma política especialmente pensada para os usuários de álcool e outras drogas; nele, o paradigma da redução de danos foi entendido não só como método, mas também como direção do tratamento, por meio da qual objetivava-se aumentar o grau de autonomia e participação do sujeito. Ao mesmo tempo, propôs-se a intervenção e criação de políticas que transformassem o estigma social em relação ao uso de drogas para que essa não fosse associada diretamente com a questão da criminalidade.

Os serviços que se orientam pela racionalidade da Redução de Danos reafirmam a importância do caráter público das políticas públicas, pois conseguem contemplar uma parcela maior da população por meio de propostas mais flexíveis, que não têm a abstinência total como único direcionamento, entendendo que o uso de drogas é uma questão complexa que afeta as pessoas de diferentes formas (BRASIL, 2003). Ou seja, a clínica da RD pauta não somente uma abordagem terapêutica diferenciada, mas situa os usuários de álcool e outras drogas em outro lugar, como indivíduos que podem pensar e decidir sobre seu uso e seu corpo, contrastando com os princípios de disciplina, trabalho e espiritualidade que devem ser seguidos no tratamento das CTs.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida (BRASIL, 2003, p. 11).

Junto a isso, o documento afirma que a questão do uso de drogas precisa ser tratada de modo transversal entre os ministérios, de maneira que cada um possa ocupar seu lugar e exercer seu papel. Ao Ministério da Saúde caberia tratar os usuários de drogas, enquanto outras áreas do governo, como o Ministério da Justiça, estariam responsáveis pela prevenção e pelo combate ao tráfico de drogas. Nesse ponto, já percebemos que, enquanto no MS discutia-se uma outra abordagem em relação ao uso de drogas, o Ministério da Justiça continuava com uma abordagem proibicionista, uma vez que o uso de drogas permanecia criminalizado. Diante dessa mudança de paradigma no olhar do MS para os usuários de drogas,

questionamos se essa concepção de saúde e cidadania se expandiu para outras áreas do Estado, visto a proposta de um trabalho transversal.

Ficam claras as diferenças colocadas nos modelos de atenção das Comunidades Terapêuticas descritas na primeira seção e os modelos da atenção psicossocial. Enquanto o primeiro preconiza a abstinência, a mudança de condutas e a culpabilização individual, estabelecendo um método baseado no isolamento social, no trabalho, disciplina e espiritualidade, o modelo da atenção psicossocial visa uma mudança no modo da sociedade entender o uso de drogas, com aumento de autonomia, corresponsabilização do sujeito e profissionais, promoção de cidadania e a instituição de serviços de base comunitária que pensem um cuidado em rede articulado com a comunidade.

Enquanto as CTs partem de uma lógica e de um modelo privado no qual o Estado compartilha com essas instituições através das parcerias público-privadas e de financiamento direto ou indireto a responsabilidade de prover as políticas sociais, o modelo da atenção psicossocial visa à construção de uma saúde pública entendida como direito e garantida pelo Estado, que deve financiar e prover serviços que trabalhem em rede, baseados na ideia de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Apesar dessas diferenças, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) sinaliza, já naquele ano, o crescimento das CTs e a necessidade de regulamentação sanitária para o funcionamento dessas instituições.

Com a análise de todo esse percurso, podemos inferir que o processo de Reforma Psiquiátrica e a conseqüente instituição do paradigma psicossocial nas políticas públicas se deu de forma gradual, de modo que a própria discussão sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas ocorreu de forma tardia. Além disso, vale destacar que a mudança para uma atenção com redução de danos foi favorecida por um cenário de redemocratização e do fortalecimento, naquele momento, dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde no cenário político, o que possibilitou a proposição de políticas com caráter público, coletivo e democrático. Desde então, enfrentava-se o paradigma asilar e de abstinência, instituído política e socialmente e historicamente anterior. Tal paradigma, como veremos a seguir, perpetua-se nos âmbitos da justiça e da segurança pública.

2.2.2 Política Nacional de drogas e o campo da segurança pública

Enquanto havia transformações no âmbito da saúde, outras discussões caminhavam a partir do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Em 1980, tem-se a criação do Sistema

Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes. O conselho interministerial tinha como uma de suas funções formular a política nacional de entorpecentes, incluídas as atividades de recuperação dos dependentes. Urge observar que, além de um representante do Ministério da Saúde para compor o conselho, há também uma cadeira designada para “XI – um médico psiquiatra com ampla atuação na área de entorpecentes, indicado pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministro da Justiça” (BRASIL, 1980). Como vimos, naquele momento histórico, os Hospitais Psiquiátricos tinham amplitude no Estado, de modo que a cadeira destinada ao médico psiquiatra reforça o lugar de uma política pautada em um modelo hospitalocêntrico voltado à dependência química.

Em 1998, o conselho passa a ser denominado de Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), e é criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Os dois órgãos deixam de estar vinculados ao Ministério da Justiça e passam a compor a Casa Militar da Presidência da República. Atualmente, a função da SENAD – que voltou a estar vinculado ao Ministério da Justiça – é “garantir a aplicação da justiça por meio da transformação dos bens apreendidos em razão de crimes em políticas sobre drogas”, tendo “por objetivo promover a ordem jurídica com a gestão de ativos e reduzir a oferta de drogas no País” (BRASIL, 2021a, n.p.). No entanto, percebemos a importância do órgão que, até 2006, atuou diretamente na articulação e elaboração das políticas sobre drogas no Brasil.

Durante 10 anos, entre 2001 e 2011, a SENAD foi presidida pelo general Paulo Roberto Uchôa, que se posiciona por uma política de drogas proibicionista, visto que não defende a descriminalização ou despenalização do uso de drogas. Cabe ressaltar ainda a proximidade do então secretário da SENAD com as Comunidades Terapêuticas, visto que, em sua autobiografia, Uchôa (YOG, [2004]) faz elogios ao trabalho do presidente da FEBRACT e ao criador da Fazenda da Esperança, ambas instituições importantes no cenário das CTs. Junto a isso, podemos encontrar também uma palestra realizada em 2010 pelo então secretário na Fazenda da Esperança¹⁰.

Apesar deste posicionamento, houve diversos avanços no que diz respeito à política de drogas, pois, durante o período em que o general esteve à frente da SENAD, foram aprovadas

¹⁰ Segundo o portal oficial, a Fazenda da Esperança é uma “Entidade beneficente de Assistência Social com atuação preponderante na área da Saúde por meio de atendimento em Comunidades Terapêuticas, que prestam serviços de atenção em regime residencial transitório, aos dependentes de substâncias psicoativas e outros” (OBRA, [2015]). Distribuída em diversas unidades, a Obra Social N S da Glória Fazenda da Esperança – localizada em São Paulo- foi a CT que mais recebeu financiamento via emendas parlamentares entre 2017-2020 (CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP, 2021).

legislações importantes, dentre as quais destacamos: Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002); a Resolução nº3/GSIPR/ CH/CONAD de 27 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005) e a Lei de Drogas 11.343 de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006).

No Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, encontramos a meta de um ideal de uma sociedade livre de drogas em consonância com os acordos internacionais. Nessa linha, o documento deixa claro a importância de pensar não só a repressão ao tráfico, mas o processo de prevenção do uso e de tratamento dos usuários, pois considera que “O uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades” (BRASIL, 2002, n.p.). Concomitantemente, inclui também a necessidade de a implementação das ações e dos programas levar em conta os Determinantes de Saúde. Partindo deste entendimento, o decreto destaca a necessidade da utilização de diversas iniciativas terapêuticas, fundamentadas em diferentes modelos, a serem avaliadas e implementadas de acordo com resultados favoráveis. Apesar do texto não deixar claro, pode-se subentender entre os resultados a obtenção da abstinência, tendo em vista o ideal da sociedade livre de drogas.

Entre as terapêuticas possíveis, o texto apresenta claramente a necessidade da utilização de ações de redução de riscos e danos a serem utilizadas sem preconceitos. Parece contraditório um texto que corrobora com o modelo da abstinência incluir diversidade de abordagens terapêuticas a questão da RD, sendo necessário compreender o que é entendido como redução de danos no documento.

Como vimos anteriormente, a redução de danos pode ter diferentes sentidos. Enquanto no movimento da Reforma Psiquiátrica e no Ministério da Saúde observa-se um direcionamento para que a RD seja entendida como um modelo de atenção a partir de uma perspectiva clínico-política, na Política Nacional Antidrogas, a RD é colocada somente como uma estratégia preventiva, o que significa pensá-la separada do seu viés político, somente como uma técnica para reduzir os problemas de saúde decorrentes do uso. Em entrevista dada no ano de 2004 ao Jornal Bom Dia Brasil, o general Paulo Roberto sinaliza que a RD seria uma estratégia experimental utilizada pelo Ministério da Saúde para casos graves e que saídas mais progressistas no campo das drogas estavam fora de cogitação (UCHOA, 2004).

Outro ponto relevante diz respeito à fundamentação dessa política no princípio da responsabilidade compartilhada entre o Estado e organizações da sociedade civil. Segundo o relatório de 2012 da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, o princípio da

responsabilidade compartilhada, no campo das drogas, está baseado em diversos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário. Segundo as recomendações do manual,

Governments should promote greater involvement of local citizens, non-governmental organizations and other members of civil society, as well as the private sector, to develop new avenues for strengthening shared responsibility in drug control efforts. This would enable Governments to secure a higher level of cooperation and coordination among all relevant actors, distribute tasks and responsibilities among them and promote the allocation of the necessary financial and Other resources among those services and agencies (UNITED NATIONS, 2013, p. 8).¹¹

O relatório da ONU demonstra a necessidade de diversos entes, inclusive através de convênios com entes privados, no que compete à reinserção social e ocupacional dos usuários. Cabe apontar que, se na saúde pública defendida pela reforma psiquiátrica a inclusão de organismos da sociedade para a reinserção social dos usuários abusivos de álcool e outras drogas constitui-se como uma rede de cuidado, na qual a responsabilidade de prover o direito à saúde permanece sendo do Estado, esses convênios atuam na transferência da responsabilidade Estatal para o setor privado, como discutimos anteriormente.

A Resolução nº3/GSIPR/ CH/CONAD de 27 de outubro de 2005 traz algumas novidades em relação à legislação anterior. Uchôa (2021) relata a importância dos Fóruns Regionais e do III Fórum Nacional Antidrogas para o realinhamento da política. Segundo o general, era necessário incluir a participação da sociedade, de modo que a política pudesse refletir seus anseios. No entanto, não fica claro quais atores da sociedade civil participaram desses debates.

Uma das atualizações da resolução consiste no nome da política, que passa de “antidrogas” para “sobre drogas”, o que deixaria mais claro que tal política não legisla somente sobre as drogas ilícitas. Segundo Teixeira *et. al* (2017, p. 1458), essa mudança na nomenclatura reflete uma “nova compreensão técnica-política para o problema em uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”.

Diferente do texto da lei anterior, fica claro, na resolução, o encorajamento para que instituições não-governamentais e privadas pudessem atuar também nas ações de tratamento e recuperação. Ao citar a rede que deve ser articulada para esse fim, a política exemplifica os

¹¹ “Governos devem promover maior envolvimento de cidadãos, organizações não-governamentais e outros membros da sociedade civil, bem como do setor privado, para desenvolver novas vias de fortalecimento das responsabilidades compartilhadas no esforço pelo controle das drogas. Isso permitiria aos governos assegurar um nível mais alto de cooperação e coordenação entre todos os atores relevantes, distribuir tarefas e responsabilidades entre eles e promover a alocação financeira necessária entre tais serviços e agências” (UNITED NATIONS, 2013, p. 8, tradução nossa).

CAPS, Unidades Básicas de Saúde e inclui as Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos, o que salta aos olhos, pois havia no Ministério da Saúde um movimento em prol do fechamento de instituições de cunho asilar. Nesse sentido, a legislação ressalta a necessidade de regulação e normas mínimas pra tais instituições. Se, em um primeiro momento, observamos um discurso sobre a necessidade de incluir diversas terapêuticas, sem maiores esclarecimentos, apresenta-se, aqui, de forma explícita, a aproximação das Comunidades Terapêuticas – entendidas como unidades de tratamento e recuperação – com as legislações de drogas via CONAD.

Em 2006, a aprovação da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006), traz como novidade a diferenciação da pena entre aqueles que portam drogas para consumo próprio, o que vai de advertência verbal à prestação de serviços públicos, e aquelas que realizam o tráfico de tais substâncias, para os quais a penalidade mínima foi aumentada de três para cinco anos. Para além da diferença de penalização, a lei incluiu a questão da atenção à saúde ao usuário abusivo de drogas ilícitas, promovendo direcionamentos para ações de atenção, prevenção e reinserção.

É importante esclarecer que, dada a importância do reconhecimento da necessidade por ações de saúde ligadas ao cuidado de usuários abusivos de álcool e outras drogas, ainda há muito a se avançar no que tange à política de drogas, principalmente porque a legislação em discussão não estabeleceu quantidades específicas apreendidas que diferenciasssem usuários de traficantes, o que aumentou o rigor policial direcionado, principalmente, ao encarceramento da população negra e pobre (BARBOSA, 2017; FIORE, 2012; TEIXEIRA *et.al*, 2017).

Ao longo de nossas considerações, destacamos que, apesar das Comunidades Terapêuticas aparecerem somente no texto de 2005, as outras legislações trazem fundamentos caros à pesquisa, devido a suas afinidades com o neoliberalismo. São elas a soberania compartilhada do Estado, o uso da redução de danos como técnica – excluindo a discussão política em torno do uso de drogas – e um pluralismo neoliberal em torno da possibilidade de diversas terapêuticas. No que compete a este último fundamento, ressaltamos que o pluralismo acaba por incluir intervenções que sustentam o paradigma do proibicionismo, mesmo que estas se afinem com princípios antidemocráticos.

2.2.3 Afinal, qual o lugar das Comunidades Terapêuticas em meio as políticas públicas?

Enquanto o Ministério da Saúde defendia, majoritariamente, uma perspectiva psicossocial e antiproibicionista, no campo da Justiça e Segurança Pública, por mais que

houvesse a discussão em torno da diferenciação entre usuários e traficantes, o paradigma proibicionista era mantido. Entendemos a importância de delinear esse panorama, pois é nele que as CTs começam a adentrar o Estado e as políticas públicas, aliando-se a atores que sustentam seu modo de funcionamento. É em meio a esse embate que Resende (2021) afirma não haver um sistema regulatório único para essas instituições, de modo que, seguindo a orientação dada pela autora, entenderemos a discussão a seguir como um campo em construção.

Ao realizarem uma pesquisa documental sobre as normatizações que, de alguma forma, envolviam as CTs no período de 2000 até 2018, Ramôa, Teixeira e Belmonte (2019) encontraram dezenove normativas que abordavam o assunto. A pesquisa demonstra que as normativas relacionadas às CTs, principalmente após 2010, vinculam-se a diferentes atores do Estado, inclusive em relação ao financiamento, como Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Trabalho e a própria Presidência da República.

Resende (2021) realiza uma outra pesquisa documental sobre as legislações que envolvem as CTs no período entre 2001 e 2020. A autora encontra dezessete documentos de interesse na área da Saúde e treze na área da justiça, segurança ou assistência social. A divisão em dois blocos está vinculada diretamente aos paradigmas defendidos por cada área, trazendo à tona os nós do campo legislativo. É notável que sete das trinta legislações foram publicadas somente no ano de 2019, sendo apenas uma publicada pela área da saúde. De início, já podemos destacar a intensificação na associação das CTs com os agentes da área da justiça, segurança e assistência social, principalmente, após a eleição do presidente Jair Bolsonaro, em 2018.

Diante de tantas normativas, nossa intenção nesta seção não é analisá-las ponto a ponto, visto que isto já foi realizado nos trabalhos anteriores. O que pretendemos é sublinhar alguns pontos auxiliares para pensar sobre a conexão das CTs com as políticas sociais e suas afinidades com o neoliberalismo. Por isso, investigamos o momento em que as Comunidades Terapêuticas começaram a ganhar eminência e quais legislações e atores políticos as colocaram em destaque, buscando responder como uma instituição que nasce às margens das políticas públicas começa a ganhar espaço no cenário público.

Apesar da dispersão e das diferentes concepções sobre drogas dificultarem a definição e a regulamentação das CTs, observamos que tanto o campo da saúde quanto o campo da justiça e segurança pública reforçavam a necessidade de uma regulamentação mínima para o funcionamento dessas instituições. Dessa maneira, a primeira normativa relacionada às CTs

foi a Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 30 de maio de 2001, que “Estabelece o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2001b, n.p.). É a partir dessa resolução que a denominação de Comunidade Terapêutica como instituição dedicada ao tratamento de usuários de drogas torna-se oficial, ou seja, observa-se a incorporação nas normas do Estado de instituições que estavam funcionando à margem dele.

Interessa o fato dessa normativa ser aprovada em um contexto no qual a discussão vinculada à política de drogas, no cenário da saúde pública, caminha para a perspectiva da atenção psicossocial. A regulamentação das CTs, “iniciada em 2001 e revisada pela RDC nº 29/2011 da Anvisa, pavimentou o caminho dessas instituições rumo ao financiamento público federal, o que veio a ocorrer em 2012, com o lançamento do programa Crack, É Possível Vencer” (DOUDEMMENT; CONCEIÇÃO, 2018, p.169).

O decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, em meio a desgastes entre o Ministério da Saúde e o SENAD, possibilitou ao governo a publicação de editais prevendo apoio financeiro para Comunidades Terapêuticas a partir dos recursos do SUS. Esse plano visava obter uma ação integrada entre diversos ministérios – o da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos – e fala especificamente do incentivo às ações de atenção psicossocial, apesar da inserção das CTs nos mencionados editais. Em decorrência dessa legislação, em 2011 é lançado o programa “Crack, é possível vencer”, que possuía três eixos, de responsabilidade de diferentes setores: o eixo do cuidado ficou sob a responsabilidade da saúde, o eixo da autoridade destinado à Segurança e o eixo da prevenção dedicado ao SENAD. Sobre o programa, Souza (2013) argumenta que, apesar de à primeira vista termos a impressão de uma articulação dos diferentes setores, os documentos refletem uma centralização da liderança em torno do SENAD e da Casa Civil. Desse modo, observamos um discurso que, dizendo incluir diversas perspectivas, continua sustentando um posicionamento proibicionista.

No mesmo ano de 2011, ocorre a aprovação da portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela baseia-se nos princípios da reforma psiquiátrica para a unificação e articulação dos dispositivos no âmbito do SUS, objetivando um cuidado integral e articulado em rede para aqueles com algum tipo de sofrimento mental. Apesar de estar centrada na perspectiva psicossocial, a portaria inclui as CTs como “unidades residências transitórias” (BRASIL, 2011a, n. p.). Apesar de parecer um contrassenso o fato de que as CTs e os dispositivos da atenção psicossocial façam parte da

mesma rede de saúde, visto que ambos trabalham a partir de visões diferentes, essa legislação, ao marcar a institucionalidade das CTs como unidades do SUS, dá indicação da força política das CTs mediante a tentativa de conciliação e/ou disputa de ambas concepções.

Ainda em 2011, a ANVISA revogou a Resolução nº 101/2001 (BRASIL, 2001b, n.p.) e aprovou a RDC nº 29 (BRASIL, 2011b), que estabelece requisitos de segurança sanitária mais flexíveis que a anterior para as instituições destinadas aos usuários de drogas. É interessante perceber que a nova resolução, apesar de se referir a dispositivos com as características de CTs, não as nomeia. Ramôa, Teixeira e Belmonte (2019) defendem que essa norma, vigente até hoje, flexibilizou algumas das exigências da norma anterior, já que não define o número máximo de leitos, nem equipe mínima para essas instituições. Esse fato corrobora com o descrito por Barroso (2020), que relata como a entrada das federações ligadas às CTs no aparelho de Estado e no jogo político tem por objetivo adequar as legislações aos parâmetros e ao trabalho que é de fato realizado pelas CTs. Apesar de sua influência, os autores apontam que até o ano de 2019 não havia, entretanto, nenhuma CT que estivesse credenciada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do MS (RAMÔA, TEIXEIRA E BELMONTE, 2019). Vale destacar que, embora não haja credenciamento na esfera federal, essas instituições podem compor as redes estaduais e municipais, apesar de não ser esse o foco de nossa pesquisa.

Souza (2013) alerta sobre o papel da mídia nesse contexto, por ser ela aliada a setores conservadores na sustentação do discurso da abstinência, por meio da incitação da internação involuntária e compulsória dos usuários de drogas. Destaca também a aliança da bancada religiosa na Câmara dos Deputados, em união com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), sustentando uma posição a favor do modelo moral conservador e da patologização do uso de drogas. Cabe ressaltar que a ABP, apesar de constituir-se de trabalhadores da saúde, posiciona-se através do discurso médico e da defesa do modelo asilar, mesmo em relação às pessoas com transtorno mental: “Embora tenha havido movimentos de resistência e questionamento observou-se que não foi possível suportar a pressão para inclusão das CTs como equipamento do SUS. Pressões exercidas principalmente pela bancada religiosa articulada a interesses corporativos” (SOUZA, 2013, p.193).

Diante de um cenário no qual as instituições privadas de cunho asilar vão sendo mais valorizadas, alguns conselhos profissionais se manifestaram contra a vinculação do dinheiro e do serviço público às CTs. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) alega que o investimento em Comunidades Terapêuticas retira recursos dos dispositivos substitutivos da RAPS, promovendo uma precarização destes. Além disso, o CFP reafirma a necessidade da

efetivação de uma política de Redução de Danos como diretriz do cuidado das pessoas, valorizando assim as diferenças, a participação social, o protagonismo e a autonomia dos cidadãos, de modo a superar as perspectivas assistencialistas e clientelistas que se difundem por esse campo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2014).

Na mesma direção, o Conselho Federal de Serviço Social reitera a posição de que as Comunidades Terapêuticas não seguem os princípios estabelecidos pelo SUS de universalidade e integralidade, reforçando a necessidade de políticas voltadas para a redução de danos, visto que essa não exclui a possibilidade da abstinência, mas trabalha o uso de drogas como uma questão complexa (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2014).

Diante dessas movimentações contrárias, surge, em 2015, um marco importante denominado de “marco regulatório das CTs” – Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015 do CONAD – no qual as CTs são retiradas do Ministério da Saúde. A partir desse momento, elas se aproximam ainda mais do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Essa transição demonstra uma maior organização das CTs em sua articulação com atores que, defendendo a participação dessas comunidades no Estado, visam a ampliar a possibilidade de financiamento e fiscalização das CTs via SENAD. No entanto, o caráter ambíguo da definição dessas instituições permanece (RAMÔA; TEIXEIRA; BELMONTE, 2019).

A partir de 2013, principalmente, em um cenário no qual a base aliada da então presidente, Dilma Rousseff (PT), começa a ser cada vez mais constituída por grupos religiosos e aliados a grupos conservadores, observa-se o aumento da força política e econômica de uma coalização liberal-conservadora em meio ao Congresso Nacional (SOUZA, 2013; PINHO, 2021). Este cenário culmina no golpe que depõe a presidente Dilma em 2016 e no exacerbamento de políticas de cunho moral-conservador, inclusive, em relação às políticas de drogas.

Frente a essa realidade, em 2019, já sob o mandato do presidente Jair Bolsonaro, tem-se a aprovação do Decreto nº 9.761 (BRASIL, 2019c), de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas e, consonantemente, a aprovação da Lei nº 13.840 (BRASIL, 2019a), de 5 de junho de 2019, que dispõe sobre as condições de atenção aos usuários de drogas. Em ambas legislações o objetivo principal segue sendo uma sociedade livre de drogas, logo, sua prioridade, no que diz respeito aos usuários de drogas, é a manutenção da abstinência, colocada de forma explícita como único objetivo.

Diferente dos anteriores, em nenhum momento os dois documentos citam a RD, nem mesmo como meio de prevenção. Observa-se, então, a reiteração do paradigma proibicionista

por um modelo de atenção baseado na dependência química e na individualização das questões relacionadas ao uso de drogas. Inseridas nesta lógica, as Comunidades Terapêuticas ganham destaque como unidades acolhedoras, sendo a instituição privilegiada para o cuidado dos usuários de SPA. Segundo a cartilha publicada pelo Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020a), essa é a primeira vez que as CTs passam a integrar uma Lei de Drogas no Brasil. A legislação trouxe marcos legais importantes para essas instituições, regulamentando sua forma de funcionamento.

Um dos artigos do Decreto diz respeito ao incentivo da técnica científica:

5.1.2. As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido resultados efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas na área, e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.

II – orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial (BRASIL, 2019c, n. p.)

Esses trechos saltam aos olhos devido a suas afinidades com os fundamentos neoliberais, por meio (i) da individualização do problema das drogas e a premiação dos vencedores e (ii) da sustentação da discussão técnica em detrimento da discussão política presente não somente nesses trechos, mas em outros das legislações acima citadas. É significativo perceber que, apesar de as CTs, instituições que se constituíram primeiramente por seus fundamentos morais e religiosos, estarem cada vez mais organizadas e afinadas com certas instituições políticas, a discussão sobre a política de drogas é cada vez mais reiterada em sua necessidade de discussão técnica, o que ganha valor de neutralidade e pureza ideológica, e esvaziada de seu debate político, entendido no sentido de coletividade e democracia.

Vale ressaltar que, apesar da aprovação da legislação no ano de 2019, sua tramitação foi iniciada no ano de 2010, com a apresentação da PL nº 7.663/2010 (BRASIL, 2010a) na Câmara dos Deputados, por iniciativa do então deputado Osmar Terra, deputado que veio a assumir o Ministério da Cidadania de novembro de 2018 até fevereiro de 2020. Robert e Geels (2018) sinalizam que a presença de ministros simpáticos a certas causas, apesar de não serem fatores definitivos, corroboram com a institucionalização de determinadas políticas.

Cabe ainda destacar que, no ano de 2021, foi aprovada a Lei Complementar nº 187/2021 (BRASIL, 2021b) que formula regras para a certificação de entidades beneficentes, incluídas as CTs. O reconhecimento das CTs como entidades beneficentes opera de duas formas: (i) vinculando-a cada vez mais à área da assistência social e retirando-a do âmbito da saúde; (ii) possibilitando a imunidade de contribuições à seguridade social. Ou seja, podemos dizer que há uma ampliação do financiamento das CTs de forma direta, por meio de convênios público-privados, mas também de forma indireta, através da isenção fiscal.

Perante o exposto, podemos observar que a indefinição, ou melhor, as múltiplas definições sobre relacionadas às CTs, que ora aparecem como unidades de caráter residencial, ora como unidades de tratamento, parecem ser constitutivas de sua relação com as políticas públicas. De acordo com informações contidas no site oficial do governo brasileiro, que traz definições mais recentes e consonantes com a legislação de 2019,

As Comunidades Terapêuticas não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e tampouco o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas são equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, de modo que referidas entidades integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD¹², por força do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019. As CTs integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (BRASIL, 2021c, n.p.).

Ainda no ano de 2019, o “Programa 2085 – Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social”, instituído pelo Plano Plurianual 2016/2019, que até então era responsabilidade do Ministério da Justiça, passa para a responsabilidade do Ministério da Cidadania (CUNHA *et al.*, 2021). Em maio de 2020, pelo Decreto nº 10.357, de 20 de maio de 2020 (BRASIL, 2020b), o Ministério da Cidadania assume a política sobre drogas como uma de suas competências. Os objetivos dessa política são definidos como

c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas; d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas; e) redução das consequências sociais e de saúde decorrente do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [...] (BRASIL, 2020b, n.p.).

Conforme as metas definidas, o Ministério tem incentivado a expansão do credenciamento dessas unidades através de editais. Segundo notícias do site oficial do

¹² Sistema interministerial que tenta articular as políticas relacionadas a álcool e drogas dos diferentes Ministérios – no que concerne as políticas de prevenção, reinserção social e repressão à produção de drogas ilícitas - para que estas estejam de acordo com a Política Nacional sobre Drogas.

Ministério da Cidadania (BRASIL, 2021d), havia, até 2018, cerca de 2900 vagas em CTs com financiamento do Governo Federal, sendo que, em 2019, a partir da análise preliminar da primeira fase do Edital de Credenciamento nº 17/2019, mais 492 novas comunidades terapêuticas e 13.246 vagas foram habilitadas. Com essa ampliação, a quantidade de vagas totais em CTs seria de 23.832, e o investimento do governo federal somaria, aproximadamente, 187 milhões ao ano. A ampliação das CTs é sugestiva pelo fato de que, no âmbito do SUS, as vagas de leitos de acolhimento noturno nas unidades destinadas ao cuidado dos usuários prejudiciais de SPA – os CAPSad III – são, segundo dados do Ministério da Saúde, 2062, distribuídas por 289 estabelecimentos (BRASIL, 2021e). Esses dados indicam que, atualmente, as CTs têm sido estabelecidas como entidade privilegiada na rede de atenção aos usuários de drogas, sustentando uma política proibicionista e definindo de forma prática o princípio da soberania compartilhada do Estado.

Diante de todos os marcos legais aqui descritos, questionamos quais as normas deveriam, de fato, regular as CTs. Resende (2021), após seu estudo, levando em consideração a hierarquia das normas regulatórias, identifica que as CTs ainda deveriam estar submetidas às legislações do Ministério da Saúde, apesar de, a partir de 2010, ter havido um esforço em descaracterizar essas instituições como instituições de saúde. Isso, que a princípio poderia parecer um ganho em relação à penetração de uma instituição de cunho asilar na SUS, sinaliza para as manobras políticas e os atalhos institucionais que fortaleceram ainda mais a inserção dessas instituições no Estado Brasileiro. Inferimos que, a fim de driblar as críticas colocadas pelos conselhos e pelos agentes de saúde pró-reforma psiquiátrica, as CTs aliaram-se a outros atores do Estado afinados com sua perspectiva.

Robert e Geels (2018) pensam a institucionalização de modelos tecnológicos no Estado – o que aqui utilizaremos para pensar os modelos de saúde – a partir de alguns conceitos do Institucionalismo Histórico, que entende que a história das instituições, entendida a partir dos fatores econômicos, conflitos políticos, influência da mídia e de grandes corporações, exibem os paradigmas estatais instituídos. Por essa concepção, as trajetórias políticas estariam atreladas a dois principais conceitos que atuam conjuntamente: *policy feedbacks* e *path dependence*. O primeiro relaciona-se à dinâmica na qual a sociedade influencia os interesses políticos e as políticas e vice-versa. Essa influência pode se dar pela luta de grupos privilegiados para manterem ou expandirem políticas a seu favor, inclusive, por meio da criação de legislações que as sustentem, podendo assim gerar padrões de comportamento social difíceis de alterar. De outro modo, o segundo, qual seja a dependência de trajetória, estabelece-se a partir dos investimentos, por parte de determinados atores, em trajetórias

políticas específicas, até que surja uma nova contingência. Essa nova contingência pode se dar por fatores como o surgimento de novas ideias políticas, a frustração com políticas existentes, novos arranjos institucionais, o enfraquecimento das instituições existentes ou mesmo pressões externas de empresas ou da população.

Ao analisarmos a trajetória das políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas no cenário brasileiro à luz dos conceitos acima discutidos, cabe reiterar que, após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, criaram-se dois caminhos institucionais relacionados aos modelos de atenção destinados aos usuários de álcool e outras drogas: aquele defendido pelo Ministério da Saúde e por seus atores proeminentes, vinculado ao paradigma antiproibicionista, a redução de danos e a atenção psicossocial, e outro modelo, mais próximo aos atores da justiça e segurança pública e, mais recentemente, ao Ministério da Cidadania, que está diretamente ligado ao paradigma proibicionista. Assim, enquanto no campo da saúde havia uma pressão popular e até mesmo internacional para dar cabo as instituições de cunho asilar, as CTs foram percorrendo outro caminho no Estado até passarem a integrar o SUS. Observamos que essa integração e o conseqüente fortalecimento das CTs nas políticas públicas se deu através de pressões da mídia, de segmentos populacionais, de articulações políticas (Bancada religiosa e Frentes Parlamentares) e mesmo da organização das próprias CTs em federações. Todo este processo ocorreu de forma concomitante com o enfraquecimento dos investimentos no SUS em um cenário de fortalecimento das políticas de austeridade fiscal, de cunho neoliberal e conservador, e também de crise democrática.

Nota-se, por tudo isso, que a regulação estatal das CTs no Brasil inicia-se no século XXI, particularmente, após a lei antimanicomial – Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001a) –, tendo sua expansão começado uma década depois, com a inserção das federações e dos atores ligados às CTs em diversos ministérios, culminando em sua institucionalização nas políticas de drogas. Enquanto a racionalidade neoliberal se colocava no horizonte desde a década de 90, ambos associados à corrosão das bases democráticas da sociedade e do estado brasileiro, disciplina, trabalho e espiritualidade deixaram de ser um tripé de um modelo periférico de estabelecimento para recuperação de dependentes químicos e passaram a compor vivamente a disputa pelo modelo estatal de atenção dirigido a pessoas que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas.

3. NEOLIBERALISMO, CONSERVADORISMO E CRISE DEMOCRÁTICA: O CENÁRIO POLÍTICO DE EXPANSÃO DAS CTS NAS ÚLTIMAS DUAS DÉCADAS

Como observamos no estudo sobre o neoliberalismo, essa forma de organização estatal se instaura como outra racionalidade política que atua nos valores sociais, na linguagem e na subjetividade dos sujeitos. Decorre disso a necessidade por um novo arranjo político, institucional e jurídico que coadune com os preceitos citados. Aliado ao percurso histórico das legislações já desenvolvido neste trabalho, utilizamos as notícias veiculadas nos jornais *O Globo* e *Folha de São Paulo*, juntamente com documentos e notícias oficiais, para a discussão em torno das mudanças e alianças que reconfiguraram o cenário político e possibilitaram o incremento de políticas neoliberais e a expansão das CTS.

Vale destacar, acerca dessa escolha, que os meios de comunicação brasileiros são geridos por um oligopólio de empresas, o que dificulta a consolidação de uma consciência pública sanitária e enfraquece as bases de apoio social do SUS. Por essa razão, os jornais afinam-se com uma linguagem neoliberal e tendem a valorizar o funcionamento do sistema privado, destacando os problemas do SUS em detrimento de notícias que mostram os ganhos de uma saúde pública. Essa assimetria na divulgação das notícias não só prejudica o debate como influencia a opinião e as escolhas públicas (SANTOS, 2022).

A veiculação de reportagens relacionadas às CTS aparece de forma distinta nos dois jornais. Enquanto *O Globo* introduz maior número de notícias sobre a tramitação da legislação voltada à política de drogas na Câmara dos Deputados a partir de 2013, a *Folha de São Paulo* dá maior destaque ao assunto das CTS desde 2019. Além disso, observamos diferenças quanto à maneira como os jornais abordam o assunto: a *Folha*, principalmente a partir de 2018, começa a veicular reportagens críticas ao presidente Jair Bolsonaro (PSL), e a imagem das CTS é atrelada às violações de direitos encontradas nessas instituições; já *O Globo* assume uma postura que tende à isenção. Nos dois casos, mesmo quando há críticas ao governo e às alianças políticas, observamos pouca ou nenhuma alternativa à utilização das CTS ou sequer referências aos dispositivos públicos de saúde existentes relacionados ao cuidado dos usuários de drogas, como CAPS, Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, entre outras. Nota-se, portanto, o apagamento das estruturas de saúde pública e uma normalização em relação à soberania compartilhada do Estado, instaurando o já discutido “senso comum neoliberal” (GUIMARÃES; CRUZ, 2021).

Isto posto, neste capítulo discorreremos sobre um cenário que, até 2016, pautava discursos e alianças políticas a sustentarem as parcerias público-privadas, aliadas à soberania

compartilhada entre Estado e o pluralismo neoliberal, baseado na ideia de liberdade negativa. Havia, então, a defesa de que o Estado deveria prover diversas formas de tratamento, mesmo opostas, devido à liberdade de escolha dos sujeitos. A partir de 2016, após o *impeachment* da presidente Dilma, os princípios neoliberais aliam-se cada vez mais a um cenário de discurso e medidas conservadoras, em que o sentido público da democracia é incessantemente diminuído. Nesse cenário, as afinidades entre os fundamentos neoliberais e conservadores e as CTs abrem espaço para a aprovação da Nova Política de Drogas, a Lei 13.840/2019 (BRASIL, 2019a), na qual essas instituições ganham destaque.

Diante disso, as CTs, fundamentadas nos princípios de ajuda mútua, disciplina, trabalho e espiritualidade, valorização da família da nuclear e individualização da questão do uso de drogas, ganham destaque em um cenário conservador fundamentado em políticas neoliberais que valoriza a soberania compartilhada do Estado, a crítica ao político e ao debate público como fundamento da democracia, e valoriza a ideia de liberdade negativa, reconfigurando as discussões da Políticas Nacional sobre drogas e o cuidado aos usuários de drogas.

3.1 Pluralismo neoliberal, liberdade negativa e soberania compartilhada do Estado: um caminho para a instabilidade política

Apesar de a nossa pesquisa documental ter como ponto de início o ano de 2001, percebemos que a maior parte das notícias que pautam a vinculação das CTs com as políticas públicas se inicia, em ambos jornais, no ano de 2010. Das 11 notícias veiculadas até o ano de 2010, 8 são artigos de opinião, um gênero textual que tem por objetivo suscitar algum debate por meio da interação com leitor. Dentre os 8 artigos, 7 foram veiculados pelo jornal *O Globo* e escritos pelo colunista Carlos Alberto Di Franco¹³, que defende o investimento público nas CTs e descredibiliza a lógica da redução de danos e os serviços do SUS ligados aos usuários de álcool e outras drogas. Apresentadas com regularidade e sob uma única perspectiva em um jornal de grande circulação, essas reportagens potencialmente influem na formação da opinião de uma base social de apoio às CTs, afinando-se a princípios neoliberais como o investimento

¹³ Segundo o site do próprio autor, Carlos Alberto di Franco é “Bacharel em Direito. Especialista em Jornalismo Brasileiro e Comparado. Doutor em Comunicação pela Universidade de Navarra. Diretor do programa Estratégias Digitais para Empresas de Mídia (ISE). Professor convidado da Facoltà di Comunicazione Sociale Istituzionale (Roma). Professor do Curso de Jornalismo Aplicado do Grupo Estado. Diretor da ‘Di Franco, Consultoria em Estratégia de Mídia’” (PROF., 2018, n.p.). Além disso, é consultor de diversas empresas informativas e colunista de diversos jornais, dentre eles *O Globo* (Rio de Janeiro).

público no sistema privado, o descrédito dos serviços do setor público e a moralização em relação ao uso de drogas.

Apesar do apelo desses artigos de opinião e a regulamentação das CTs pela ANVISA no ano de 2001, o envolvimento dessas instituições com o Estado ainda se apresentava de forma tímida não só nas legislações, como vimos anteriormente, mas também nos noticiários. Até o ano de 2010, as Comunidades Terapêuticas não tinham abertura no SUS, estando ligadas somente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A entrada das Comunidades Terapêuticas no Sistema de Saúde, com a aprovação da Portaria nº3.088/2011 (BRASIL, 2011a), deu-se pela confluência de muitos atores, viabilizando interesses políticos, empresariais e até mesmo da população, principalmente quando as cenas de uso passaram a ocupar as cidades (BOARINI; BOLONHEIS-RAMOS, 2015).

Percebe-se que, quando o fenômeno do uso de crack extrapolou os limites dos espaços privados ou discretos para seu uso e se tornou rotina de um extenso grupo de excluídos socialmente, que passaram a consumir a droga nos espaços públicos das pequenas e grandes cidades brasileiras, a perspectiva de internação aparece como resposta ao clamor popular para solucionar o problema de segurança e realizar a assepsia dos espaços públicos ocupados por tão perigosos e desagradáveis inquilinos (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013, p. 591).

Como evidência da veiculação midiática em relação às drogas e da forma de tratamento sublinhada, qual seja o financiamento de vagas em CTs, destacamos a notícia veiculada pelo Jornal *O Globo*, no ano de 2010, que tem como tema o aumento do consumo de crack, trazendo a noção de uma “epidemia de crack”, da droga como “pedra da morte” e dos usuários como “zumbis”, vinculando a isso o aumento da criminalidade. Nesse cenário, as CTs aparecem como instituições possíveis para tratamento dos usuários, seja qual for a classe social. Diante do alto custo para a manutenção dessas comunidades, o entrevistado – dirigente de uma CT e presidente do Conselho Municipal de Drogas da cidade de Minas Gerais – relata a necessidade de vagas sociais para tratamento desses usuários (FABRINI, 2010, p. 4).

Ainda em 2010, o tema das CTs aparece, também, em debates e propostas eleitorais. Na época, o presidenciável José Serra (PSDB) – que tinha como proposta de tratamento para os dependentes o financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas ou em clínicas especializadas via SUS – fez críticas à política de álcool e outras drogas do governo Lula (PT), instituída pelo decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências” (BRASIL, 2010b, n.p.). Esse plano, que visava à ação integrada de diversos

ministérios, apesar de falar do incentivo às ações de atenção psicossocial, permite o lançamento de editais que preveem o apoio financeiro para Comunidades Terapêuticas.

A jornalista Silvia Amorim (2010) destaca que o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas se deu em agendas conjuntas com a campanha de Dilma Rousseff (PT) (AMORIM, 2010, p. 14). Apesar de não termos conseguido acesso à agenda de campanha eleitoral da presidente, ao ser eleita, Dilma (PT) prosseguiu com a instauração do Plano. Nesse ponto, é interessante percebermos que, apesar das críticas de Serra e da posição do governo Lula, de certo incentivo às ações de atenção psicossocial, ambas propostas incluíam a atuação das CTs via financiamento do Estado. Dessa forma, observamos certo consenso político no plano dos valores mediante a construção de uma soberania estatal compartilhada.

À época, o jornal *O Globo* fez uma pesquisa que mostrou que, dentre os leitores, a proposta de Serra (PSDB) foi a segunda mais votada positivamente, ao mesmo tempo em que houve muitos votos contra o fato de o SUS financiar as vagas nas CTs. Um dos comentários destacado pelo jornal se opõe ao financiamento das CTs por parte do Estado e identifica a questão do uso e do tratamento das pessoas que usam drogas como de responsabilidade individual: “As pessoas têm de pensar antes de enveredar pelo caminho das drogas. Entrou, então que arque com as consequências da bobagem que fez”, opinou Ary Pereira Gomes dos Reis” (LIMA, CAMAROTTI, ALENCASTRO, 2010, p. 14). O interessante dessa pesquisa é perceber a aprovação do público em relação ao financiamento das CTs. Apesar de não podermos identificar se as pessoas, de fato, concordavam com o modo de funcionamento dessas instituições, a notícia demonstra certo senso comum compartilhado em relação ao financiamento estatal de instituições privadas. Outro ponto que chama atenção é que, apesar de não sabermos o motivo das opiniões contrárias a propostas de financiamento das CTs – que podem ser diversas, inclusive, de críticas à internação –, a opinião do leitor que é destacada pelo jornal assume a posição de responsabilização individual. Ou seja, em ambos posicionamentos se observa um distanciamento do Estado em relação à oferta de políticas públicas, seja pela transferência de sua responsabilidade para o setor o setor privado – que, como vimos, também atua na lógica da responsabilização individual –, seja pela completa desresponsabilização estatal. Nesse ponto, cabe lembrar o que sinalizam Guimarães e Cruz (2021) sobre um senso comum neoliberal que, instituído de forma gradual, é formado não só pelos políticos, mas também por uma base social de apoio que cada vez mais legitima o esvaziamento das práticas coletivas de bem-estar social. Dessa forma, observamos o senso comum neoliberal via destaque midiático para certa posição social e política.

Ao ser eleita em 2011, Dilma (PT) se compromete a expandir o programa iniciado no governo Lula (PT), de modo que o jornal *O Globo* veicula uma matéria sobre o lançamento do Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, ou, como ficou conhecido: “Crack, é possível vencer”. Segundo a reportagem, o plano teria como objetivo aumentar os leitos de internação destinados à desintoxicação no SUS e ao financiamento de vagas em CTs (FRANCO, 2011, p. 2). A veiculação das notícias sobre o plano reforça a ideia de um tratamento para usuário de drogas baseado na internação – via CTs ou leitos de internação –, o que leva a um apagamento dos serviços de atenção territorial do SUS. Junto a isso, observamos o protagonismo do crack em comparação com outras substâncias, com um aumento de sua veiculação não só nas notícias, mas na própria política pública. Cabe destacar que, no plano de enfrentamento ao crack, as CTs ainda aparecem vinculadas ao Ministério da Saúde via Portaria da RAPS – nº 3088/2011 (BRASIL, 2011a).

Nesse cenário de disputas, Paulina Duarte, então secretária da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), em entrevista concedida no dia 17 de maio de 2011 à *Folha de São Paulo*, descarta que o governo havia reconhecido uma “epidemia de crack”. A posição de Paulina se baseia em uma pesquisa, desenvolvida pelo SENAD, Fiocruz e a Universidade de Princeton, que realizou um mapa nacional de drogas, com ênfase no consumo de crack (DUARTE, 2011a, p. 5).

No lançamento do programa “Crack, é possível vencer”, no dia 07 de dezembro de 2011, a presidente Dilma apresenta um discurso oficial com fundamentos pluralistas neoliberais, no qual defende a necessidade de conciliação entre as diferentes perspectivas para o atendimento aos usuários de drogas e o conseqüente reconhecimento das CTs como unidades que prestam serviços a esses usuários. Dentre as colocações da chefe de Estado, destacamos as seguintes:

Vidas sim, drogas não. É essa a síntese deste programa [...].

Por isso, nós temos de pensar que o que nós estamos fazendo aqui hoje é mais um pacto sobre um programa, um pacto sobre a atuação conjunta, primeiro, dos poderes públicos – União, estados e municípios – com a sociedade, com todos os níveis da sociedade, e perceber que para a gente, de fato, enfrentar e vencer esse desafio, nós temos *de ter a cabeça aberta e aceitar todas as iniciativas tomadas pela sociedade*; obviamente, cada uma de acordo com a sua responsabilidade e de acordo com a sua competência.

... E, ao mesmo tempo, nós temos de reconhecer que, ao longo dos tempos, as comunidades, as chamadas comunidades terapêuticas, as outras instituições da sociedade, o chamado terceiro setor investiu dedicação, carinho, generosidade, tentativa e erro nesse processo de acolhimento. Acredito que nós vamos ter de tratar de forma diferenciada os diferentes processos de acolhimento. E isso é muito importante.

Eu acredito que hoje, aqui, nós lançamos também um compromisso conjunto, um compromisso e uma consciência de que nós sabemos que

sozinhos, nem a União, nem os estados, nem os municípios, nem as comunidades terapêuticas conseguem enfrentar. Agora, eu tenho certeza de que tem uma ação nossa junto a uma instituição deste país que é muito importante (ROUSEFF, 2011, grifo nosso).

Esses trechos deixam clara a vinculação de dois fundamentos que se afinam com a discussão do neoliberalismo aqui realizada: (i) a ideia de que o Estado sozinho não consegue prover as políticas públicas e, por esse motivo, tornam-se necessários a inclusão e o financiamento da iniciativa privada, estabelecendo-se um cenário de soberania compartilhada do Estado, no qual o terceiro setor se destaca por sua “dedicação, carinho e generosidade”; (ii) a aliança entre a ideia de liberdade negativa – liberdade como não interferência – e de um viés pluralista de inclusão de “todas as iniciativas” que defende a disponibilização de iniciativas opostas. Em outras palavras, a presidente defendia que se devia aprovar tantas quantas abordagens fossem possíveis em prol da liberdade não só de quem propunha as políticas, mas também do usuário. Apesar desse discurso de inclusão, o que de fato é reforçado na “síntese do programa” é o seu viés proibicionista, ou seja, o pluralismo acrítico define e coloca no campo democrático as práticas e os discursos de opressão e arbítrio presentes na tradição proibicionista, em práticas que fragilizam o sentido público e coletivo das políticas e, conseqüentemente, os próprios fundamentos da democracia.

Ainda sobre o programa “Crack, é possível Vencer”, no dia 11 de dezembro de 2011, dias após o lançamento do programa, a *Folha de São Paulo* veicula uma entrevista com Antônio Nery Filho¹⁴ (2011, p. 12), na qual o médico critica o plano do governo logo na chamada: “Governo erra ao focar no crack, diz médico”. Na entrevista, que narra um pouco da criação e o trabalho realizado pelos Consultórios de Rua, Nery critica a sugestão do então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha¹⁵, em utilizar os Consultórios de Rua como porta de entrada para a internação involuntária. Essa entrevista, além de exemplificar a proposta de um serviço que trabalha na lógica da atenção comunitária, contrária à internação, aponta, também, o descenso dentro do próprio Ministério da Saúde em relação à defesa da atenção psicossocial.

¹⁴ Antônio Nery Filho é médico e participou da construção do primeiro consultório de rua, na Bahia. O consultório de rua foi criado em 1999 com o objetivo principal de atender crianças e adolescentes em situação de rua, por meio do uso da redução de danos o projeto procurava problematizar a questão do uso de drogas com a população atendida (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Por essa razão, podemos perceber o distanciamento entre a proposta do Consultório de Rua e a internação involuntária.

¹⁵ Alexandre Padilha é médico e atualmente cumpre o mandato de deputado federal (PT-SP). Já atuou em diversos cargos públicos, sendo Ministro da Saúde durante 2011-2014.

Ainda no ano de 2011, outro acontecimento relacionado às CTs e às políticas públicas merece destaque. Pouco tempo antes do lançamento do programa “Crack, é possível vencer”, foi criada a primeira Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas pelo então deputado Eros Biondini (PTB-MG), que construiu sua carreira política vinculando-se ao trabalho religioso com usuários de drogas. A relação de Biondini com a Frente Parlamentar passou a servir como um canal político entre o eleitor e o Congresso Nacional, proporcionando a Biondini maior visibilidade política (DOUDEMANT; CONCEIÇÃO, 2018).

Nesse período, a Frente possuía 184 deputados signatários e 23 senadores. Dentre eles, destacam-se alguns nomes recorrentes em notícias a serem discutidas, como Osmar Terra (PMDB-RS), Givaldo Carimbão (PROS-AL), Magno Malta (PL-ES) e Gleisi Hoffmann (PT-PR). A criação da Frente Parlamentar, além de sustentar o argumento que traçamos até aqui – da organização das Confederações e das próprias CTs para articularem suas demandas através do Estado – demonstra a entrada e a organização de atores ligados às CTs nos próprios organismos estatais, inclusive por meio de alianças, tendo em vista a participação de Hoffman (PT-PR) nessa Frente.

Se entre os anos de 2010 e 2011 observamos a abertura do discurso e das políticas de drogas para as CTs através da defesa do pluralismo e da soberania compartilhada do Estado, o ano de 2013 se destaca pela quantidade de notícias com o descritor “comunidades terapêuticas” encontradas no jornal *O Globo*, totalizando 24 matérias. Identificamos que o grande número de menções ao tema se deve ao fato de que o PL 7663/2010 – que discute mudanças na Lei de drogas de 2006 citada anteriormente – foi votado na Câmara dos Deputados e enviado para o Senado durante o ano. Das 24 matérias analisadas, 13 tratam diretamente da temática. As discussões e as mudanças em torno do projeto de Lei, não concretizado à época, são importantes, uma vez que ele foi sancionado e está vigente como a Lei Ordinária 13840/2019, que alterou a lei de drogas de 2006, anteriormente discutida. Os artigos não falam especificamente do funcionamento das CTs, mas de todas as propostas atreladas ao projeto de lei, que coadunam com o fortalecimento de uma política de caráter proibicionista.

Das propostas que geraram maiores discussão em torno da PL 7663/2010, durante o ano de 2013, e que mais aparecem nas notícias, temos a obrigatoriedade das escolas de notificarem alunos que usavam drogas, o apoio à internação involuntária solicitada por qualquer funcionário público, a previsão de financiamento público das Comunidades Terapêuticas via quatro fontes e o aumento da pena para tráfico de drogas. As notícias

mostram que, durante as discussões parlamentares, algumas propostas foram se modificando. As notificações escolares foram suspensas e o financiamento das Comunidades Terapêuticas não poderia ocorrer mais pelo SUS, somente pela Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD)¹⁶. Além disso, a requisição de internação involuntária ficou sob responsabilidade da família e dos agentes do SUS e do SUAS, medida tomada para que não houvesse internações indiscriminadas por parte da segurança pública. Apesar das mudanças relatadas, é possível identificar um cenário de propostas, alinhadas a princípios autoritários e antidemocráticos, que vão se tornando parte da política pública pelo discurso pluralista e pelos acordos políticos com diferentes partidos do espectro político-ideológico.

Em 16 de abril de 2013, uma notícia veiculada no jornal *O Globo* expõe a pressão do Palácio do Planalto para que o SENAD liberasse o financiamento das Comunidades Terapêuticas previsto pelo Plano “Crack, é possível vencer”, ressaltando a lentidão para o cumprimento das metas relacionadas ao plano, visto que poucos estados haviam aderido ao programa até aquele momento (SASSINE, 2013, p. 3). Em tom de crítica ao governo, a reportagem aponta que Paulina Duarte, então secretária da SENAD, em exercício desde 2011 e integrante da secretaria desde 2003, não havia até aquele momento destinado verba ou realizado convênio com CTs¹⁷.

O fato é que, em 2013, diante de toda a pressão sobre o SENAD, Paulina é substituída por Mauro Costa, secretário interino indicado à Gleisi Hoffman (PT-PR), Ministra da Casa Civil, por representantes de associações de comunidades terapêuticas. Ele, segundo reportagem veiculada n’*O Globo* (SASSINE, 2013), posiciona-se como um secretário que executará as políticas solicitadas pelo Palácio do Planalto.

¹⁶ Como vimos, o FUNAD é um órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública que tem como objetivo financiar ações e projetos ligados à política de drogas.

¹⁷ Em discurso realizado no debate da Subcomissão Temporária do Senado sobre Políticas Sociais para Dependentes Químicos de Álcool, Crack e Outras Drogas, realizado no dia 14 de abril de 2011, Paulina esclarece que as CTs, até aquele momento, vinham recebendo financiamento do Fundo Nacional da Assistência Social e que a SENAD havia lançado há pouco um edital para financiamento de 2500 vagas em CTs, mas que só havia recebido a resposta para 985 vagas. A ex-secretária relata que no Edital de chamamento para o financiamento das vagas, ela escolheu não citar a norma 101/2001 da ANVISA – que estabelecia requisitos sanitários para o funcionamento das CTs – como pré-requisito por reconhecer que a maioria das CTs não conseguiriam se adequar às normas vigentes¹⁷. Diante desse discurso, fica claro que, em meio a disputas internas, o SENAD se organizava para incorporar as CTs. (DUARTE, 2011b; KOSHIMIZU, BRANDÃO, 2011). Vale ainda destacar que, alguns meses após a saída de Paulina do SENAD, em junho de 2011, a RDC 101/2001 foi revogada e estabelecida a norma RDC n° 29/2011, a qual promovia medidas mais flexíveis para a regulamentação sanitária das CTs (RAMÔA; TEIXEIRA; BELMONTE, 2019).

O secretário interino sustenta que é apenas um executor no exercício do cargo e que cumprirá as ordens do Palácio do Planalto. Questionado sobre o viés religioso comum a praticamente todas as comunidades terapêuticas, Costa diz que a Senad tem conhecimento dessa realidade e que esse fator não é determinante para a liberação do dinheiro. As entidades precisam apresentar um projeto terapêutico (SASSINE, 2013, p. 3).

Mauro Costa é rapidamente substituído pelo defensor público de São Paulo, André Maximiano. Segundo fala o Ministro da Justiça da época, José Eduardo Cardoso, Maximiano era alguém que tinha “concordância total” com o financiamento às comunidades terapêuticas e que se comprometeu em atender à recomendação de acelerar os repasses de dinheiro público (SASSINE; CARVALHO, 2013, p. 8).

Nessa conjuntura de mudanças e alianças, no dia 4 de maio de 2013, em entrevista ao jornal *O Globo*, Gleisi Hoffman (PT-PR), Ministra da Casa Civil, destaca seu apoio à internação involuntária e ao projeto de lei que vinha sendo votado na Câmara. Hoffman (PT-PR) considera que “Todos concordaram com a visão de ser a família, um representante da Saúde, da Assistência Social (a pedir a internação) e, inclusive, disseram que isso representa um avanço em relação à Lei Antimanicomial” (HOFFMANN, 2013, p. 4). A veiculação da relação das internações com a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, levanta questionamentos não só a respeito de que tipo de avanço a Ministra estaria se referindo, mas também quanto à regularidade com a qual a Reforma psiquiátrica e os dispositivos da Rede de Saúde Mental aparecem reduzidos à internação. Afinal, apesar de essa legislação especificar tipos de internações possíveis, ela preza, principalmente, pela diminuição de hospitais psiquiátricos ou serviços afins (BRASIL, 2001a). No que concerne às CTs, Gleisi sinaliza que são entidades de acolhimento para reinserção social na qual as pessoas devem estar de forma voluntária, logo, estando em consonância com regras, a relação com a religião não seria um problema, visto que “não cabe ao Estado fazer tutela” (HOFFMANN, 2013, p. 4). Entendendo a tutela como uma forma de privar a liberdade dos cidadãos, Hoffman reforça o conceito de liberdade negativa ao destacar que o Estado não deve interferir nas escolhas individuais, mesmo que essas demandem instituições incompatíveis com os fundamentos democráticos.

Apresentando compreensão similar, no dia 14 de maio do mesmo ano, o então Deputado Federal Osmar Terra (PMDB-RS), autor da PL 7663/2010, concede uma entrevista à *Folha de São Paulo* (TERRA, 2013) na qual defende que medidas mais repressivas – como o aumento da pena para traficantes – seriam uma ação de saúde, visto que diminuiria a circulação da droga. Outro ponto interessante da entrevista diz respeito aos acordos realizados com a então Ministra da Casa Civil, Gleisi Hoffman (PT-PR), para que a legislação fosse aprovada.

O segundo escalão do Ministério da Saúde e uma boa parte do Ministério da Justiça tem essa visão de que o cara tem o direito de se drogar. Mas na primeira reunião, a ministra Gleisi disse que era contrária à descriminalização, a favor da internação involuntária e das comunidades Terapêuticas (TERRA, 2013, p. 4).

Até aqui, podemos identificar mudanças no cenário político-institucional que incluem um discurso pluralista neoliberal, atrelado à ideia de liberdade negativa, e abarcam propostas mais conservadoras e autoritárias. Essas mudanças vão sendo realizadas por acordos – que são, inclusive, noticiados em ambos jornais analisados – dentre os quais nos chama atenção aqueles realizados pela Ministra da Casa da Civil. Uma vez que o PT, em sua constituição, estava mais próximo aos movimentos sociais que defendiam a reforma sanitária e a atenção psicossocial, o apoio de Hoffman ao financiamento das CTs demonstra de forma clara um deslocamento programático de quadros importantes do Partido dos Trabalhadores, distanciando-se cada vez mais da defesa de uma política com o caráter público e coletivo.

Inserida nesse cenário de acordos e concessões, no dia 8 de julho de 2013, a *Folha de São Paulo* divulga a manchete “Dilma tenta reconstruir elo com os movimentos sociais”, junto a uma foto de Dilma com militantes da causa LGBTQ+. A reportagem noticia a tentativa de reaproximação da presidente com os movimentos sociais, devido ao desgaste em sua relação com setores dos movimentos. Dentre os grupos mencionados, está o da Luta Antimanicomial, que destina críticas à política de financiamento das CTs e de abordagens relacionadas à internação involuntária. Os militantes apontam Gleisi Hoffman e sua ligação com as CTs e com a psicóloga evangélica Marisa Lobo – ligada ao movimento que ficou conhecido como “cura gay” – como um índice no distanciamento das políticas de caráter antimanicomial (MENDONÇA, 2013). Essa tentativa de reaproximação se deu, também, devido ao levante popular que aconteceu durante o mês de junho de 2013 em diversas regiões do Brasil. Iniciadas mediante a insatisfação com o aumento das tarifas do transporte, os protestos tomaram pautas difusas – por vezes, dando abertura a movimentos com discursos liberal-conservador – que convergiam com a ideia de insatisfação com a política, os políticos e a corrupção.

Vale ressaltar que, no cenário político-econômico do período de 2003-2016, apesar de haver a instituição de políticas mais progressistas que culminaram no incremento de investimentos na dimensão social, com diminuição da pobreza e das taxas de desemprego, houve, também, acordos e concessões para a bancada conservadora a fim de que o presidente da época – seja ele Luis Inácio Lula da Silva ou Dilma Rouseff – pudesse ganhar governabilidade. Ou seja, uma certa comunidade epistêmica da austeridade fiscal se manteve

no poder e esteve em disputa direta com aquelas que defendiam uma política mais progressista e de investimento social (PINHO, 2021).

Diante dos documentos e das matérias de jornal analisadas, podemos inferir que, durante o governo Dilma (PT), entre 2011 e 2016, as concessões e alianças com a comunidade epistêmica da austeridade fiscal não só se mantiveram, mas se aprofundaram, pelo menos aquelas relacionadas aos acordos para o financiamento das CTs.

A constituição de bases aliadas do atual governo federal com partidos religiosos, a construção de uma opinião pública temerosa pela mídia nacional e a complexidade do problema criaram condições favoráveis para que setores antirreforma psiquiátrica passassem a exercer influência na pauta de drogas e nos caminhos e descaminhos para interferir no rumo da política de drogas no âmbito do SUS (SOUZA, 2013, p. 181).

Cabe ressaltar que, no ano de 2014, há, no site da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), notícias que corroboram a parceria cada vez mais estreita entre essas instituições e o Ministério da Justiça. O texto da Confederação de 18 de novembro de 2014, intitulado “Audiência CONFENACT com Ministro da Justiça – Compromisso do Governo Federal com as CTs” (SCHLUTER, 2014), destaca a importância do apoio da presidente Dilma e da SENAD no financiamento e parceria com as CTs.

A pauta principal da audiência foi a continuidade da parceria do Governo Federal com as Comunidades Terapêuticas, com o financiamento de vagas de acolhimento. Segundo Ministro José Eduardo Cardoso e Dr. Vitore Maximiano, secretário nacional da SENAD, estão assegurados no orçamento de 2015 recursos para os atuais e novos contratos que serão firmados com as entidades. Foi destacado por estes, o incremento do orçamento da SENAD de 2015 para fazer frente a demanda no acolhimento em CTs, bem como projetos na área da prevenção, rede de apoio de familiares de dependentes e reinserção social (SCHLUTER, 2014, n.p.).

O texto também destaca as discussões em torno da aprovação do marco regulatório da CTs – discussão que estava sendo realizada pelo Grupo de Trabalho do CONAD (SCHLUTER, 2014).

Nota-se, assim, que, apesar da tentativa de aproximação do governo federal com áreas da Luta Antimaniconal, a anuência às CTs, principalmente via Ministério da Justiça, continuava ocorrendo de forma cada vez mais ampla. Tanto a notícia da CONFENACT quanto a veiculação de tantas outras descritas até aqui apontam a parceria do SENAD com as CTs, reforçando a análise, realizada no capítulo 2, de que as legislações demonstram uma aproximação dessas instituições com o Ministério da Justiça após 2011. Essa proximidade permite supor afinidades entre os fundamentos políticos da política de drogas defendida pelo

Ministério da Justiça – e por atores que ocupavam tanto executivo quanto o legislativo – e os fundamentos das CTs.

Em textos de 2014 e 2015 (BERGAMO, 2014; CANCIAN, 2015), a *Folha de São Paulo* noticia a tramitação e consequente aprovação de regras do CONAD destinadas às CTs. As matérias não identificam se essas regras seriam parte de alguma resolução, mas esclarecem que estas contêm medidas como liberdade para ir e vir e para receber visitas, liberdade religiosa e proibição do uso da força. A maior parte do artigo de 2015 (CANCIAN, 2015), exibido na mesma página de uma matéria que mostra a violação de direitos de uma CT de São Paulo, expõe as críticas de entidades como o Ministério Público Federal e o Conselho Federal de Serviço Social no que tange às novas regras e às CTs, ressaltando a posição desses conselhos na defesa da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde que trabalhavam com a perspectiva da redução de danos. O artigo também mostra uma fala do presidente da CONFENACT de que a regulamentação ajudaria a separar “o joio do trigo”, ou seja, aquelas comunidades que estariam irregulares das regulares. Esse posicionamento, junto à aprovação das novas regras, reforçam a tese de Barroso (2020) acerca do trabalho das federações para que as CTs estivessem de acordo com as regulamentações. Desse modo, a CONFENACT tentava veicular uma imagem que afastasse as CTs das críticas de violação de direitos e as identificasse com o cumprimento de parâmetros legais, produzindo a ideia de uma *verdadeira Comunidade Terapêutica*.

Nos anos de 2014, 2015 e 2016, observamos poucas ou nenhuma notícia nos jornais sobre a política de drogas na esfera federal, no entanto, cabe destacar a efervescência do cenário político. Já em 2014, apesar da eleição da presidente Dilma pelo PT, houve, concomitantemente, a eleição de um congresso ultra conservador (PINHO, 2021). A pesquisa sobre o congresso eleito em 2014 (DIAP, 2014) destaca a realização de alianças entre partidos de esquerda e direita em quase todos os estados, o que teve como consequência o aumento da influência conservadora – tanto do ponto de vista econômico quanto social – e a diminuição de representantes de partidos de esquerda e centro-esquerda.

Em relação à economia, observa-se, então, a eleição de um Congresso mais liberal em comparação com o de 2010. Nota-se a diminuição de atores que defendiam maior intervenção do Estado na economia em prol de atores que advogavam pela diminuição desse papel. Do ponto de vista do conservadorismo social, os autores apontam a eleição de diversos deputados ligados a bancadas como a bancada evangélica, da segurança, policial e da bala, que defendem pautas ligadas à redução da maioria penal, contra a descriminalização do aborto e das drogas, redução da ampla defesa na esfera criminal, entre outras. Junto a isso, houve a

diminuição da bancada sindical e dos ambientalistas e o aumento da bancada empresarial e do agronegócio, o que tende a diminuir a defesa e a implementação de políticas sociais.

Frente a esse quadro conservador em diversas áreas, observa-se o crescimento de um discurso fundamentado em princípios neoliberais e afinado com os princípios das CTs, qual seja o discurso de descrédito em relação às instituições públicas e a defesa da família e de uma moralidade na gestão pública.

3.2 Esvaziamento dos espaços públicos de discussão, valorização da moral conservadora e da responsabilidade individual: o derretimento da democracia

Se, no primeiro mandato de Dilma (2011-2014), traçamos um quadro político de disputas e acordos com atores e políticas conservadoras e antidemocráticas, no início do segundo mandato (2015-2016), a situação estava ainda mais consolidada. Soma-se a isso a instabilidade da base de apoio da presidente, que, assim como a oposição, estava menos disponível para a cooperação.

...Dilma foi reeleita para aprofundar a meritocracia, prevenir a corrupção e punir desvios e irregularidades, além de ampliar conquistas sociais, assegurar crescimento econômico, manter ou elevar o padrão de consumo e, principalmente, melhorar a qualidade dos serviços públicos, uma exigência da nova “classe média”. Tudo isso dialogando com os agentes econômicos, políticos e sociais e sem descuidar do controle da inflação e das finanças públicas (DIAP, 2014, p. 9).

Em consonância com essa virada mais conservadora, em março de 2016, é divulgada uma entrevista da *Folha de São Paulo* com Valencius Wurch Duarte Filho, que havia sido nomeado pelo então Ministro da Saúde, Marcelo Castro (PMDB- PI), como Coordenador Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2015. Segundo o colunista da matéria veiculada no jornal, Valencius havia sido ex-aluno da Castro. Na entrevista, ao ser perguntado sobre seu posicionamento em relação às CTs, Wurch faz uma diferenciação entre fazer política de redução de danos e tratar uma pessoa, o que nos leva a inferir que ele não entendia a RD como forma de tratamento. Ele destaca que o Ministério da Saúde não tinha relação com as CTs, mas que o tema precisava ser discutido (WURCH, 2016). Convém observar que Valencius é um médico psiquiatra conhecido por ter sido diretor da casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, instituição asilar popular pelas denúncias de maus tratos e consequente fechamento pelo Ministério Público. Apesar de, na entrevista, Wurch tentar se colocar como defensor das políticas de atenção psicossocial, os protestos de diversas instituições de saúde como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva

(ABRASCO) em prol da destituição de Valencius como coordenador nacional de saúde mental apontam o contrário (FIOCRUZ, 2016; ABRASCO *et al.*, 2015). A saída de Wurch só acontece em maio de 2016.

O crescente discurso liberal-conservador e a instabilidade política resultam em uma crise nos princípios democráticos do Estado, quanto ao sentido de igualdade por meio do governo do povo e o sentido público em torno das discussões das políticas de Estado, então aliado ao discurso neoliberal. Nesse cenário, a coalizão liberal-conservadora ganha espaço tal que, no final de agosto de 2016, observamos um golpe na democracia brasileira, com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff.

Pinho (2021) destaca o papel da mídia e das corporações como componentes da comunidade epistêmica da austeridade fiscal a se utilizarem dos argumentos de combate à corrupção e o crescimento da dívida pública para justificar o *impeachment*. Outras figuras importantes que atuaram a favor do *impeachment* foram os movimentos da sociedade constituídos pela classe média e alta, movimentos como “Vem pra rua” e “Movimento Brasil Livre” (MBL), que tomaram as avenidas das principais cidades do País em protesto contra os governos do Partido dos Trabalhadores, a favor do liberalismo econômico e de uma sociedade com padrões conservadores. Com a ascensão do Presidente Temer (2016-2018), seguida da eleição de Jair Bolsonaro (2019-atual), a comunidade epistêmica da austeridade fiscal passou a direcionar ideologicamente as políticas, implementando-as através de emendas constitucionais e convertendo suas ideias em políticas públicas (PINHO, 2021). No referido contexto, em maio 2016, o deputado Osmar Terra (PMDB-RS), importante defensor de uma política proibicionista e das CTs, assume o Ministério da Cidadania e se autoneomeia à cadeira destinada ao ministério no Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD) com o discurso de preocupação em torno da “epidemia das drogas” (BRASIL, 2016, n.p.).

Em 20 de dezembro de 2017, o jornal *O Globo* (MARIZ; GRANDELLE, 2017) noticia a única reunião do CONAD daquele ano, ocorrida no dia anterior à matéria. A reportagem destaca as disputados no CONAD frente à proposta de Osmar Terra na referida reunião. Terra tomou a posição de moderador frente ao Conselho e defendeu a aprovação da sua proposta recém-apresentada: uma nova política de drogas, aprovada via resolução do CONAD, que ia ao encontro do que Osmar Terra já havia apresentado na PL 7663/2010, com enfoque na abstinência e no financiamento das CTs. O artigo destaca a pressão de Terra e de seus apoiadores para que a votação ocorresse naquele momento, alegando a discussão do STF em torno da descriminalização do porte de drogas para consumo próprio. A partir da proposta do Ministro, instauram-se no Conselho duas posições: aqueles que defendem as CTs e os que

defendem os CAPS. É interessante perceber que, naquele momento, o jornal dá destaque à opinião de diversos especialistas contra a proposta de Terra.

Ao consultarmos a ata da referida reunião (BRASIL, 2017), duas falas se destacam. A primeira é da conselheira Patrícia Nunes, representante da AOB, que utiliza do relato de uma experiência familiar para defender a importância das CTs. A outra fala é de Quirino Cordeiro¹⁸, representante do Ministério da Saúde e, à época, coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que relata as dificuldades enfrentadas pelo CAPS e os fracassos nos programas de prevenção brasileiros, o que parece ser um tom de crítica a esses dispositivos. Podemos observar, assim, a intensificação da alocação de atores vinculados às CTs em setores importantes. Mais que isso, a posição de Quirino, representante do Ministério da Saúde diretamente ligado à área da saúde mental, demonstra a fragilização dentro do próprio Ministério para a sustentação de políticas aliadas à atenção psicossocial.

Em 2018, o debate no CONAD permanece. Na primeira reunião, realizada no dia 1 de fevereiro de 2018 (BRASIL, 2018a), observamos nova discussão em torno da proposta de Osmar Terra sobre o Fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas. A ata da reunião mostra a pressão de alguns conselheiros para aprovação da resolução, a ponto de defenderem que ela seja aprovada e depois debatida. Diante do pedido de vistas de alguns conselheiros, principalmente, aqueles representantes da sociedade civil – da União de Estudantes, da Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência e do Conselho Federal de Serviço Social –, a votação é adiada para o dia 01 de março de 2018. Na ata de 1 de março (BRASIL, 2018b), apesar de intensa argumentação de alguns dos representantes da sociedade civil sinalizando a necessidade de maior debate com a sociedade em torno da resolução, o CONAD segue com a votação que, diante de poucas alterações, é aprovada gerando a Resolução nº 1, de 9 de março de 2018 (BRASIL, 2018c).

Quanto a esses acontecimentos no âmbito da CONAD, há dois artigos na *Folha de São Paulo* (MENA; MORAES, 2018a; MENA; MORAES, 2018b) que criticam a posição de Osmar Terra e veiculam a opinião de atores que discordam da aprovação da resolução. É significativo a veiculação da imagem das CTs a partir das inspeções e denúncias realizadas

¹⁸Quirino Cordeiro é médico psiquiatra e, atualmente, exerce a função Secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas, secretaria ligada ao Ministério da Cidadania. Segundo consta no site do Ministério da Cidadania, “Entre 2017 e 2019, Quirino Cordeiro foi coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, onde trabalhou na construção da nova Política Nacional de Saúde Mental e das mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. No mesmo período, foi membro do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), do Ministério da Justiça” (BRASIL, [2020c]).

contra elas, fato que começamos a observar, principalmente, nas notícias daquele ano em diante.

Ainda em 2018, a *Folha de São Paulo* (CANCIAN, 2018) noticia o reajuste que aumentou o valor pago para internações em hospitais psiquiátricos para pacientes internados por mais de 90 dias. A notícia mostra a contradição dessa proposta frente às políticas de saúde mental que incentivavam o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos de acordo com a Lei 10216/2001. Dos entrevistados, o único que se posiciona a favor do reajuste é o psiquiatra Antônio Geraldo da Silva, ligado à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)¹⁹.

É notável, nesse contexto, a contração das políticas sociais em seu caráter público de construção. A aprovação de medidas sem debate com a sociedade reforça cada vez mais a ideia de internação, seja no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública ou mesmo no âmbito da saúde.

Além disso, há a veiculação, no mesmo jornal, de uma matéria sobre o anúncio do presidente Michel Temer no que cabia à ampliação de vagas e financiamento para as CTs (CARAM, 2018). A notícia, que aponta algumas controvérsias do tema, expõe como a ampliação contaria com o financiamento dos ministérios da Saúde, da Justiça e do Desenvolvimento Social. Interessa perceber como o texto destaca que as CTs não fazem parte do SUS, mas sim de uma rede suplementar de acolhimento aos usuários de drogas.

O ano seguinte, primeiro do governo de Jair Bolsonaro (PSL), é marcado por grande número de notícias na *Folha de São Paulo* relacionados às Comunidades Terapêuticas. Dos 14 artigos analisados, 4 falam sobre o processo e a aprovação da nova política de drogas. Cabe destacar que essas reportagens seguem veiculando a imagem das CTs junto às inspeções e violações de direitos humanos realizadas nessas instituições. Segundo uma das matérias (PAULUZE, 2019), a PL 7663/2010, que tramitava no Senado desde 2013, foi aprovada de modo apressado, em um panorama no qual o STF havia marcado a data para votação em torno da descriminalização das drogas. A reportagem destaca que o senador Styvenson Valentim²⁰ (PODE-RN), relator das comissões de assuntos econômicos e assuntos sociais, decidiu

¹⁹ Como já destacado neste texto, a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de ser um órgão ligado à área da saúde, vem se posicionando a favor do aumento dos leitos psiquiátricos e de uma atenção ambulatorial contrária à lógica da atenção psicossocial.

²⁰ Valentim é advogado e fez carreira na Política Militar do Rio Grande do Norte desde 2003, após sua formatura como oficial. Ao entrar na carreira política em 2018, iniciou seu primeiro mandato em 2019 como Senador pelo Estado do Rio Grande do Norte (PODE). Segundo consta em seu site oficial, “Suas bandeiras para o exercício do mandato serão a educação de qualidade, a segurança pública com efetividade, a assistência social aos mais necessitados e a reforma política, priorizando a moralidade, a transparência, o respeito e o zelo pelo bem público” (BIOGRAFIA, [2018-2019.], n.p.).

preservar o texto aprovado pela Câmara dos Deputados em 2013, desconsiderando algumas alterações realizadas no Senado com o objetivo de manter a celeridade do processo. Diante da aprovação, em maio, por parte do Senado Federal, Bolsonaro (PSL), em junho de 2019, sanciona o projeto como a Lei Ordinária 13840/2019, que exclui a redução de danos e tem como foco a abstinência e incentivo às Comunidades Terapêuticas.

Apesar das críticas realizadas pelo jornal, seja nas notícias ou nos artigos de opinião, a *Folha de São Paulo* divulga, em 10 de julho de 2019, uma pesquisa realizada pela Datafolha sobre internação involuntária (LEITE, 2019), na qual aponta que (i) a cada dez brasileiros adultos, oito são favoráveis à internação involuntária (83%); (ii) somente 15% dos entrevistados declararam oposição à internação involuntária; e (iii) 94% dos entrevistados foram favoráveis a internação compulsória realizada pela família, quando o usuário de drogas não pudesse tomar decisão por si²¹. Em meio a um contexto de valorização de uma política de caráter proibicionista e de crescimento de um cenário político conservador, a pesquisa sinaliza, de certo modo, um entendimento social quanto às medidas necessárias para o tratamento dos usuários de drogas que corrobora com as políticas sustentadas pelo governo. As opiniões contrárias destacadas pelos jornais aparecem muito mais relacionadas a atores ligados à academia ou a movimentos sociais. A reportagem reforça a força da política de internação e segregação dos usuários de drogas no âmbito da sociedade.

Ainda em julho de 2019, a *Folha de São Paulo* veicula uma notícia intitulada “Bolsonaro tira vagas de especialistas de conselho de políticas sobre drogas: Presidente diz querer eliminar órgãos do tipo, 'que não decidem nada!'; representantes criticam medida” (CARVALHO; FERNANDES, 2019). A notícia, que relata a posição de crítica do presidente à atuação de alguns membros do CONAD – órgão responsável por acompanhar e discutir as políticas de drogas –, destaca postagens realizadas nas redes sociais de Bolsonaro, nas quais ele se posiciona contra a liberação das drogas e altera a lista de integrantes do Conselho. Em uma dessas postagens encontramos o seguinte texto:

Há décadas a esquerda se infiltrou em nossas instituições e passou a promover sua ideologia travestida de posicionamentos técnicos. O decreto²² que assinei hoje extingue vagas para Órgãos aparelhados no Conselho Nacional sobre Drogas e acaba com o viés ideológico nas discussões (BOLSONARO *apud* CARVALHO; FERNANDES, 2019, p. 5).

²¹ Como vimos, as legislações até aqui destacadas e a posição das confederações destacam que as CTs só deveriam realizar internação voluntária. No entanto, assim como nesta reportagem, observamos outras nas quais relaciona-se a imagem das CTs com notícias sobre internação involuntária.

No Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019, mencionado por Bolsonaro, podemos observar a exclusão dos representantes da sociedade civil do CONAD, que passa a ser integrado somente por representantes institucionais, ou seja, por representantes ligados aos ministérios e suas secretarias. Essa medida nos remete ao debate – anteriormente discutido – do CONAD do ano anterior, no qual diversos membros da sociedade civil, justamente os membros excluídos pela política de Bolsonaro, posicionaram-se contra a votação da proposta de Osmar Terra.

Através do decreto, observamos de maneira clara uma medida autoritária de esvaziamento de um espaço público de discussão, que passa a ser organizado somente com indicados do governo. A medida afina-se com uma das formas de operação neoliberal de esvaziamento do político, que é o ataque aos espaços de deliberação, aos espaços comuns (BROWN, 2019).

As notícias veiculadas no ano de 2020, na *Folha de São Paulo*, continuam mostrando o aumento do investimento nas CTs por parte do Ministério da Cidadania, principalmente após início do governo Bolsonaro. Uma das matérias destaca como o investimento em CTs significa um repasse a empresas privadas em detrimento do investimento no setor público, bem como explora a relação das instituições financiadas com algumas entidades religiosas (SOARES, 2020). Concomitantemente, a reportagem discute o problema do financiamento via Ministério da Cidadania, vínculo a dificultar a fiscalização dessas instituições sob os parâmetros da saúde, e apresenta o CAPS como alternativa às CTs.

Até este ponto, pudemos apontar diversas afinidades entre o crescimento da relação das CTs com o Estado Brasileiro, as características do neoliberalismo e a corrosão das condições democráticas no Brasil. A relação se inicia por um discurso pluralista, de incentivo à liberdade e tentativa de conciliação de políticas opostas, durante os governos do PT (2003-2016). Com a instabilidade política, o crescimento de um cenário liberal-conservador e o *impeachment* de Dilma, após 2016, reflete na aprovação de políticas mais autoritárias, atreladas a medidas de esvaziamento do político como (i) o esvaziamento dos espaços públicos de discussão que faz com que o exercício da cidadania passe, cada vez mais, a se restringir ao voto, (ii) a valorização de um Estado tecnocrático que reforça o ideal do proibicionismo, e (iii) a formação de uma plutocracia, ligada às CTs, que passa a ocupar posições chaves no governo e a se articular a partir de alianças e troca de favores.

Ainda na perspectiva de enfraquecimento das políticas democráticas, observamos o aumento de investimento no setor privado por meio de parcerias público-privadas com as CTs. Esse movimento, que se inicia através de planos, projetos e decretos, culmina na Lei nº

13.840/2019 (BRASIL, 2019a), com referência direta às “Comunidades terapêuticas Acolhedoras”²³. Dessa forma, é notável que o aumento do investimento e da institucionalidade das CTs caminhou de forma conjunta com o crescimento de políticas neoliberais, conservadoras e antidemocráticas.

3.3 Comunidades Terapêuticas e a formação de uma plutocracia conservadora: a expansão da força política aliada ao discurso religioso no contexto democrático

Entendendo a importância da aliança entre moral religiosa e o conservadorismo para a expansão das Comunidade Terapêuticas nas políticas públicas, gostaríamos de destacar alguns pontos que apontam a finitude de tal aliança com os princípios neoliberais. Se antes dos anos 80, no Brasil, a função religiosa evangélica mantinha-se afastada da arena pública, a partir da referida década, os grupos religiosos, principalmente os neopentecostais, começam a ganhar força no sistema político partidário por meio do discurso de defesa de certos valores morais. Nessa perspectiva, diferentes correntes evangélicas e até mesmo católicas se unem para fazer frente a certas pautas propostas por grupos laicos, como a legalização das drogas e do aborto. Assim, ocorre, no Brasil, uma redefinição das fronteiras entre a religião no âmbito privado/público, de modo que a abertura dos espaços públicos para instituições e discursos religiosos se aprofunda com o tempo, inclusive com a concretização de alianças entre esses segmentos e partidos políticos que, apesar de se identificarem como laicos, têm como objetivo arrebatar o eleitorado evangélico (MARIANO, 2011).

É com a valorização desses grupos religiosos que observamos as alianças, aqui já destacadas, entre atores do PT e representantes das Comunidades Terapêuticas por meio de um discurso pluralista de liberdade religiosa. Diante disso, em tom de crítica às entidades com viés religioso, o jornal *O Globo*, no dia 29 de abril de 2013, publica uma matéria que aponta diretamente para a relação entre diversos atores políticos, as CTs e o discurso religioso:

A manutenção de comunidades terapêuticas se tornou importante filão eleitoral para as bancadas evangélica e católica no Congresso. Pelo menos três deputados federais e um senador mantêm essas entidades em funcionamento, com ganhos eleitorais nas bases onde atuam (SASSINE, 2013, p. 3).

²³ Cabe destacar que a referida lei não esclarece diretamente como se dará o financiamento de tais comunidades, mas o que temos observado até o momento é a utilização de editais para credenciamento e transferência de fundos e a criação de emendas parlamentares.

A reportagem destaca a relação de Marco Feliciano (PSC-SP)²⁴ com uma Comunidade Terapêutica filiada a um projeto da igreja de que Feliciano é presidente, a Assembleia de Deus Catedral do Avivamento, em São Paulo. O texto também evidencia a CT vinculada ao deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL), relator da PL 7663/2010. Em 2011, Carimbão participou como relator da “Comissão Especial destinada a promover estudos e proposições de políticas públicas e de Projetos de Lei destinados a combater e prevenir os efeitos do Crack e de outras drogas ilícitas”, assumindo o compromisso de visitar diversas CTs pelo Brasil. O relatório final da comissão (BRASIL, 2011c) destaca a importância das CTs como parte da rede de acolhimento para usuários de drogas a fim de reduzir a violência e a necessidade de incremento no investimento federal.

A reportagem d’*O Globo* menciona, também, o então Senador e Pastor evangélico Magno Malta (PR-ES), que mantém um projeto em Cachoeira de Itapemirim, Projeto Vem Viver, no qual a desintoxicação das drogas é realizada a partir do “tratamento de cura espiritual” e chá de capim-cidreira (SASSINE, 2013). Em discurso durante a 122ª Sessão Não Deliberativa, no Senado Federal, em 20 de agosto de 2014, Malta faz um pronunciamento no qual critica a necessidade dos padrões sanitários designados pela ANVISA com o discurso de que

Ora, para se tirar um cara de dentro do esgoto, de debaixo da ponte, fumando crack e cheirando cocaína você precisa... Esse cara precisa de amor, de afeto e alguém que queira colocar a vida a serviço dele. Que conversa fiada de história de azulejo! Quando alguém se levanta é para criar problema (BRASIL, 2014).

Além dessas falas, Malta também critica o presidente do SENAD e a presidente Dilma pela posição de que as CTs deveriam respeitar a religião dos internos, sustentando um discurso de liberdade religiosa, entendida por estes atores como liberdade negativa, na qual o Estado não deve interferir nas decisões individuais.

Os destaques dos atores realizados na matéria, juntamente com o material pesquisado em *sites* oficiais, dão pistas não só da proximidade entre as CTs e a religião, mas da vinculação do próprio Estado com a moral religiosa que, como vimos, vai sendo defendida

²⁴ Identificado em sua biografia como pastor e empresário, Marco Feliciano iniciou sua carreira política como deputado federal pelo Estado de São Paulo no ano de 2011, quando integrava o PSC. Desde seu primeiro mandato, já passou por diversos partidos – PODE, Republicanos – estando, em 2022, filiado ao PL. Em 2013 ganhou destaque devido à sua posição de presidente na Comissão de Direitos Humanos e Minorias na Câmara dos Deputados, quando propôs projetos vinculados à moral religiosa, como a conhecida “cura gay”. Atualmente, o deputado participa da Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas e APAC’S e da Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional (CÂMARA DOS DEPUTADOS, [2022]).

pelos parlamentares em suas propostas e bases eleitorais. Cabe ressaltar que, apesar do destaque para alguns nomes proeminentes, observa-se um crescimento de bancadas informais, devido à composição e dispersão dos partidos políticos, que nem sempre atingem determinados temas. Esses são grupos suprapartidários, cujos objetivos são discutir, influenciar e pressionar as decisões políticas de acordo com seus interesses. Dentre eles, destaca-se a bancada evangélica, por estar atuando de forma organizada tanto na Câmara como no Senado. Nas eleições de 2014, observou-se um pequeno crescimento dessa bancada, enquanto em 2019 houve um aumento significativo, com 85 deputados federais e 7 senadores²⁵.

Perante essa realidade, revela-se uma expansão da representação do segmento evangélico que, como discutimos, alia-se a outros segmentos, formando um campo conservador. Segundo Ronaldo (2017, p. 73), o aumento dos evangélicos na política institucional deve-se a um impulsionamento interno “em direção ao ativismo político, predominantemente conservador”, mas também à capacidade de indução ao voto, que faz com que evangélicos, por vezes, se apoiem no vínculo religioso para escolher seus candidatos.

Nos pronunciamentos da votação do *impeachment* de Dilma, por exemplo, podemos observar a força e o crescimento desse segmento pela utilização do discurso religioso. Ao estudar os discursos proferidos na votação do impeachment de Dilma na Câmara dos Deputados, Almeida (2018) destaca a valorização de termos como “Deus”, “família” e “nação” e o abandono de termos como “democracia”, “Estado de direito” e “cidadania”, principalmente, naqueles deputados que defenderam o impeachment.²⁶ Convém notar que,

Em linhas gerais, a maior parte dos deputados federais que evocaram deus estão politicamente comprometidos com pautas que apontam para uma moralidade pública mais reguladora, para uma economia menos estatizante e mais pró-mercado e para uma política de segurança mais repressiva e punitiva (ALMEIDA, 2017, p. 78).

Além das bancadas informais, convém pontuar a formação de Frentes Parlamentares, já discutidas anteriormente. Dos 198 deputados federais que faziam parte da Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional no mandato de 2015-2019, 187 estavam com o mandato

²⁵Vale destacar que “O Diap classifica como integrante da bancada evangélica, além dos que ocupam cargos nas estruturas das instituições religiosas – como bispos, pastores, missionários e sacerdotes – e dos cantores de música gospel, aquele parlamentar que professa a fé segundo a doutrina evangélica ou que se alinha ao grupo em votações de temas específicos” (DIAP, 2014, p. 113). Diante disso, vale destacar, também, a criação no ano de 2015 da frente parlamentar evangélica, frente que permanece ativa na legislatura de 2019, sendo presidida por Sóstenes Cavalcanti (PL/RJ).

²⁶ Aqui cabe fazer o destaque realizado pelo autor: “Nem todos evangélicos são conservadores, assim como a pauta conservadora vai além dos evangélicos conservadores” (ALMEIDA, 2017, p. 78)

ativo à época do processo de impeachment da presidente Dilma. Destes, 158 foram a favor da instauração do processo, dentre eles, Jair Bolsonaro.²⁷ Souza e Silva (2022) identificam o pós-impeachment da Dilma como um momento importante de ascensão dos evangélicos ao jogo político e a união de diversos segmentos doutrinários em apoio à Jair Bolsonaro e suas pautas de extrema-direita, como o combate ao marxismo (cultural) e à “ideologia de gênero”. Junto a isso, poderíamos acrescentar a defesa da família tradicional e a não legalização das drogas e do aborto.

Acerca das alianças sustentadas nesses discursos, encontramos duas notícias, em 2020 e 2021, que relatam a relação do atual presidente, Jair Bolsonaro com o campo evangélico-conservador. A primeira delas, do jornal *O Globo*, em 2020, reforça a relação de Bolsonaro com o campo evangélico, destacando a prioridade dos encontros com esse grupo na agenda de Bolsonaro. Quanto à política de drogas, a matéria demonstra o aumento do financiamento das CTs. Em discurso transcrito pelo artigo, observamos o seguinte destaque: “— O Brasil está mudando. Mais do que pelos números da economia, mas porque respeita a família – disse Bolsonaro” (COUTO; ARBEX, 2020, p. 8) O trecho traz em uma só fala dois pontos importantes pra política presidencial de Bolsonaro, em acordo com a teoria neoliberal: economia e família. A fala do presidente, longe de descartar um dos dois pontos isoladamente, traz com clareza sua aliança com a moralização do Estado, moral aliada aos preceitos religiosos. Assim sendo, cabe questionar qual o sentido de família que Bolsonaro defende e qual sua convergência com as políticas econômicas de contenção de gastos sociais e combate aos direitos públicos consagrados na Constituição Federal de 1988.

Como vimos, a valorização da família, como lugar privado de cuidado, anda junto com a desresponsabilização do Estado pelas questões sociais, gerando o alargamento da esfera pessoal e a expansão das instituições de mercado. Dessa forma, a família e as instituições privadas – incluídas aquelas ligadas ao terceiro setor – passam a ampliar o domínio de suas responsabilidades sociais por meio da disciplina e autoridade, alterando a lógica da democracia e do direito social como um bem público. Cabe lembrar que as CTs são identificadas como uma família a prover a mudança do sujeito usuário de drogas através da “disciplina, trabalho e espiritualidade”, ficando evidente a afinidade entre a função da família no neoliberalismo e sua função das CTs.

²⁷ Para a compilação desses dados, comparamos quais os deputados signatários da Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional no ano de 2015 votaram a favor do impeachment da presidente Dilma. Os dados estavam disponíveis no site da Câmara dos Deputados e podem ser observados no anexo 1.

A notícia de 2021, publicada n’*O Globo* (PRADO, 2021), fala das críticas que lideranças religiosas têm feito ao governo. Tais lideranças, dentre as quais destacamos Marco Feliciano (Republicanos-SP), Marcos Pereira (Republicanos-SP)²⁸ e Sóstenes Cavalcanti (PL-RJ), têm feito parte da base de apoio ao governo Bolsonaro, até mesmo para indicação de ministros. Apesar do texto não falar especificamente sobre as CTs, ele mostra a importância que o voto dos evangélicos têm ganhado na política, com a tentativa de aproximação entre diversos partidos e esse grupo.

Perante o exposto, podemos inferir que a expansão dos setores conservadores no Brasil vem agindo política e institucionalmente para preservar determinados valores, principalmente aqueles ligados a uma moral religiosa, afinada à moralidade “*Strict Father*”, que exalta a autodisciplina, a família nuclear e o respeito pelas autoridades. Todo esse processo caminha de forma conjunta com o derretimento dos princípios democráticos, em decorrência da formação de uma plutocracia que defende a liberdade de expressão quando esta está aliada aos seus interesses. Por tudo isso, evidencia-se que “conservadorismo, fundamentalismo e democracia encontram-se, atualmente, profundamente articulados e a serviço da estruturação de um discurso político-religioso que visa ao estabelecimento da hegemonia” (SILVA; SOUZA, 2018, p. 54).

²⁸ Bispo da Igreja Universal do Reino de Deus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos a expansão do neoliberalismo, podemos perceber que a implementação do Sistema Único Brasileiro se deu em um período no qual as ideias neoliberais tomavam forma, quase em seu ápice hegemônico. No ano da aprovação da Constituição de 1988, havia a pressão de agências internacionais para a privatização, redução do tamanho do Estado e consequente corte de gastos públicos (PINHO, 2021). Apesar desse cenário internacional, a efervescência dos debates em torno da redemocratização brasileira possibilitou a instituição de uma política de saúde entendida como direito e guiada pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade. No entanto, cabe destacar que, na aprovação da Lei Orgânica do SUS, Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a possibilidade de inserção do setor privado a partir de convênios ou contratos.

Este cenário de luta política e de ambiguidades instituídas no próprio sistema de saúde corrobora com o argumento de Brown (2015) quando esta defende o crescimento do *Homo Economicus* – do sujeito entendido como capital humano – aliado a uma lógica neoliberal. Ainda que fragilize, a nova compreensão do homem não destrói por completo o *Homo Politicus*, ou seja, a ideia de cidadania, do sujeito entendido como cidadão. Nesse sentido, como vimos no segundo capítulo, a reforma psiquiátrica e a formulação de uma política de saúde destinada aos usuários de álcool e outras drogas, a partir de uma luta política, baseou-se na ideia de um cuidado em saúde aliado à cidadania.

Durante a pesquisa, destacamos a ambiguidade constituinte do sistema de saúde quanto à indefinição sobre a função das CTs como forma constituinte de sua relação com o Estado, o que possibilitou a inserção dessas comunidades, tanto referidas como parte da rede complementar ao SUS como entendidas enquanto parte da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas preconizada pelo Ministério da Justiça e Segurança. Cabe destacar que, apesar das pressões e disputadas relatadas para o reconhecimento das CTs como unidades de saúde, o que se observa é uma aproximação cada vez maior dessas instituições com o Ministério da Justiça e, a partir de 2020, com o Ministério da Cidadania. Inferimos que essa aproximação se deve à perspectiva proibicionista focada na abstinência defendida tanto nas CTs quanto nesses Ministérios, o que abriu caminhos para o financiamento dessas unidades.

Seguindo o mesmo direcionamento, notamos, já em 2011, um discurso pluralista neoliberal de que, devido à dificuldade do Estado em dar conta do problema das drogas, o governo deveria oferecer diversas opções de tratamento, incluindo o financiamento das CTs via parceria público-privadas. No pós-2016, reforçado por um cenário de instabilidade política

com o *impeachment* da presidente Dilma (PT), evidencia-se a intensificação da aliança entre os fundamentos neoliberais e o discurso conservador, com a idolatria das instituições privadas como a família e as corporações empresariais, o que acaba por intensificar, também, a inserção das CTs nas políticas públicas, deteriorando significativamente a ideia de uma democracia atenta aos direitos e deveres coletivamente compartilhados, aos princípios de não dominação, à valorização das coisas públicas e à soberania popular. Como vimos, é por essas vias que, no neoliberalismo, a estrutura do Estado trabalha para dinamizar o mercado, no qual o desenho das políticas públicas passa a ser uma disputa fundamental.

Dessa maneira, podemos identificar como um dos pontos de contato entre as CTs e o neoliberalismo a organização de um determinado Estado não mais entendido como soberano. Há, sim, uma soberania compartilhada do Estado público-privado, com esvaziamento do sentido de democracia, então desvinculada da ordem do coletivo. Com isso, não se acaba por definitivo com as políticas do SUS destinadas aos usuários de álcool e outras drogas, mas estas vão sendo precarizadas, subfinanciadas ou mesmo terceirizadas. Nesse mesmo processo, a eficiência e legitimidade pública dos serviços ligados ao SUS são questionadas em prol da eficiência do setor privado, abrindo espaço não só para o financiamento das CTs, mas para a incorporação de sua lógica de cuidado, que se contrapõe aos princípios da reforma psiquiátrica.

Assim sendo, a aprovação da nova Política Nacional de Drogas, em 2019, é mediada por um cenário de expansão do campo conservador aliado ao discurso religioso nas políticas brasileiras. Diante disso, a lógica da soberania compartilhada do Estado se intensifica, de modo que a política de drogas, principalmente no que compete àquelas responsabilidades ligadas ao SENAD e ao Ministério da Cidadania, passa a realizar o financiamento das CTs via parcerias público-privadas. Essas parcerias, apesar de financiadas pelo poder público, atuam de forma a retirar a responsabilidade do Estado em relação ao cuidado com os usuários de drogas. Por essa operação, os sujeitos que eram entendidos como cidadãos constituem-se como capital humano, cada vez mais responsáveis por si. Há uma redefinição, portanto, não só na forma do Estado prover tais políticas, mas na própria lógica de produção cuidado dos sujeitos que são constituídas na lógica do *Homo Economicus* – responsáveis por suas decisões e autoaprimoramento.

Outro ponto de contato diz respeito à dimensão moral e aos valores colocados tanto nas CTs quanto no neoliberalismo, visto que ambos, ao esvaziarem o sentido coletivo, atuam responsabilizando o indivíduo e o núcleo familiar por qualquer ato considerado desviante de padrões estabelecidos. Sendo assim, a conduta individual em relação ao uso de drogas é

questionada, mas não se discute sobre a vinculação entre a organização da sociedade, as drogas e o próprio consumo. Nesse sentido, a questão das relações abusivas e prejudiciais, seja com a droga ou qualquer outra alternativa, deixa de ser um problema coletivo e passa para o âmbito individual. Individual, punitivo e segregado, no caso das CTS, que, em sua lógica de funcionamento, reforçam essas dimensões na utilização de um tratamento que aparta o indivíduo da sociedade.

Vale destacar que, conforme discutido no primeiro capítulo, o neoliberalismo opera alterando todos os aspectos e âmbitos da sociedade. Assim, apesar do objetivo do nosso trabalho ter sido identificar as afinidades entre o modo de funcionamento do neoliberalismo e as CTs, não devemos deixar de levar em conta como as mudanças das políticas neoliberais operam nos fundamentos do SUS e em seus dispositivos, mesmo aqueles ligados à reforma psiquiátrica. Por essa razão, deixamos como sugestão para trabalhos futuros o aprofundamento dessa investigação.

Ainda sobre pontos que merecem maior atenção em trabalhos futuros, consideramos que, sendo uma das facetas do neoliberalismo a conversão de uma linguagem política em uma linguagem econômica (BROWN, 2015), é importante esclarecer que existem certos discursos de descriminalização das drogas que não estão alinhados ao que, neste trabalho, entendemos por uma perspectiva antiproibicionista aliada à democracia e baseada na atenção psicossocial. Tais discursos defendem o antiproibicionismo afinados à uma lógica de liberdade negativa e responsabilização individual, de forma que, por tal perspectiva, o antiproibicionismo não se configura como uma política de bem-estar social, mas como uma política aliada ao mercado. Com isso, as CTs são tidas como mais um serviço que pode ser ofertado, o que aproxima esse posicionamento do discurso pluralista neoliberal²⁹.

Frente à emergência do modelo de instituições em discussão, que surge com forte viés moral e à parte do Estado, estabelecendo-se como política social em detrimento do sentido público e democrático, deixamos alguns questionamentos que, juntamente com o percurso deste trabalho, podem nos ajudar a pensar os modelos de atenção destinados aos usuários de álcool e outras drogas:

- (i) O crescimento atual das CTs seria um novo momento de fortalecimento do paradigma proibicionista aliado aos princípios neoliberais ou, juntamente a isso, a proposta da reforma psiquiátrica, de pensar a saúde como direito e os usuários de álcool e outras

²⁹ Apesar da importância dessa discussão para trabalhos futuros, ela não foi apresentada durante esta dissertação, uma vez que, como pudemos acompanhar, as políticas brasileiras alinharam-se com o discurso antiproibicionista e conservador.

drogas como cidadãos, não teve força suficiente para alterar o paradigma asilar instituído em outras áreas da sociedade?

(ii) Seria possível sustentar a atenção psicossocial em um cenário político e econômico fundamentado no neoliberalismo e no conservadorismo, uma vez que a reforma psiquiátrica vai além dos serviços de saúde mental, necessitando de outras políticas públicas – habitação, esporte, cultura, lazer, emprego – para compor a rede de cuidado em um contexto de soberania compartilhada do Estado, no qual a responsabilidade pelas políticas públicas passa a ser das empresas privadas, da família nuclear e dos indivíduos?

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. *In*: ACSELRAD, G. (org.) **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 183-212. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bgqvf/pdf/acselrad-9788575415368-12.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

ALMEIDA, R. Os deuses do parlamento. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, p. 71-79, jun. 2017. (Edição Especial.) Disponível em: <https://novosestudios.com.br/wp-content/uploads/2017/06/OS-DEUSES-DO-PARLAMENTO-Ronaldo-de-Almeida.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ALVES, Z. M. M. B.; SILVA M. H. G. F. D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 2, p. 61-69, fev-jul 1992.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMORIM, S. Serra critica políticas antidrogas do governo. **O Globo**, ano 86, n. 28.128, Rio de Janeiro, 11 ago. 2010. O País, p. 14.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

ARAGÃO, I.; ROSA, L. C. S. Política sobre Drogas e Neoliberalismo: comunidades terapêuticas e debate no serviço social. **Temporalis**, Brasília, v. ano 19, n. 37, p. 222-238, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/24061>. Acesso em: 17 fev. 2021.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013.

ABRASCO *et al.* **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. Brasília, DF: ABRASCO, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BARBOSA, R. Lei de Drogas: a distinção entre usuário e traficante, o impacto nas prisões e o debate no país. **Nexo Jornal**, [s.l.], 2017. Disponível em: [tps://www.nexojornal.com.br/explicado/2017/01/14/Lei-de-Drogasadistin%C3%A7%C3%A3o-entre-usu%C3%A1rio-e-trafficante-o-impactonaspris%C3%B5es-e-o-debate-no-pa%C3%ADs](https://www.nexojornal.com.br/explicado/2017/01/14/Lei-de-Drogasadistin%C3%A7%C3%A3o-entre-usu%C3%A1rio-e-trafficante-o-impactonaspris%C3%B5es-e-o-debate-no-pa%C3%ADs). Acesso em: 25 jan. 2018.

BARROSO, P. F. **Desintoxicar e reinserir:** perspectivas no tratamento dos usuários de drogas. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/71941/000880266.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 jan. 2021.

BARROSO, P. F. **Comunidades Terapêuticas como política de Estado:** uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul. 2020. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/213011>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 12, ed. 1, p. 66-78, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2022.

BASTOS, A. D. A.; ALBERTI, S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, ed. 1, p. 285-295, 2021.

BERGAMO, M. Regra Clara. **Folha de São Paulo**, São Paulo, n. 31.177, ano 94, 12 ago. 2014. Ilustrada, p. 2.

BIOGRAFIA. Styvenson Valentim Senador, [2018-2019.] Disponível em: <https://styvensonvalentim.com.br/biografia/>. Acesso em: 2 jul. 2022.

BOARINI, M. L.; BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1231-1248, 2015.

BOFF, O. M. B.; KÖCHE, VANILDA, S.; MARINELLO, A. F. O gênero textual artigo de opinião: um meio de interação. **ReVEL**, vol. 7, n. 13, p. 1-12, 2009. Disponível em: <http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel13ogenerotextualartigodeopiniao.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

BRASIL. **Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938.** Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1938. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência

física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/15726.htm. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16368.htm. Acesso em: 2 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D93084.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. ANVISA. **Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.** Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 9 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 11 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde.** 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 21 de mar. 2022.

BRASIL. CONAD. **Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: CONAD, 2005. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/1267>. Acesso em: 9 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei Nº 7663/2010**. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2010a. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-7663-2010>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 5 mar. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Propostas para políticas públicas sobre drogas no Brasil.** Brasília, DF: CEDROGA, 2011c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/politicas-publicas-de-combate-as-drogas/arquivos/relatorio-do-dep.-givaldo-carimbao>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Pronunciamento de Magno Malta em 20/08/2014.** Brasília, DF: Senado Federal, 2014. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/pronunciamentos/-/p/pronunciamento/409272>. Acesso em: 7 jul. 2022.

BRASIL. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 165, p. 51-52, 28 ago. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Osmar Terra assume vaga no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF: Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, 25 out. 2016. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2016/outubro/osmar-terra-assume-vaga-no-conselho-nacional-de-politicas-sobre-drogas>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Ata nº 1 da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.** Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, realizada no dia 19 de dezembro de 2017, às 10 horas e 4 minutos, no Salão Negro do Palácio da Justiça. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atas-1/ata-assinada-19-12-2017.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Ata nº 1 da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas de 2018.** Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, realizada no dia 01 de fevereiro de 2018, às 10 horas e 14 minutos, no Salão Negro do Palácio da Justiça. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1 fev. 2018a. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atas-1/ata-assinada-19-12-2017.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Ata nº 2 da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas de 2018.** Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2018b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. **Diário Oficial da União,** Seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 49, 13 mar. 2018c. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2018/res-n-1-9-3-2018.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 183 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor 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, DF: Presidência da República, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Curso COMPACTA [recurso eletrônico]:** capacitação de monitores e profissionais das comunidades terapêuticas. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2019b.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 1 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **11 perguntas para você conhecer a legislação sobre drogas no Brasil.** Florianópolis: SEAD/UFSC, 2020a.

BRASIL. **Decreto nº 10.357, de 20 de maio de 2020.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.357-de-20-de-maio-de-2020-257819069>. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Quirino Cordeiro Jr.** Brasília, DF: Ministério da Cidadania, [2020c]. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/composicao/desenvolvimento-social/senapred/quirino-cordeiro-jr-1>. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Conheça a Senad.** Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conheca-a-senad>. Acesso em: 2 mar. 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.** Brasília, DF: Presidência da República, 2021b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp187.htm. Acesso em: 4 jul. 2022.

BRASIL. Acessar Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: **Gov.br**, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Prevenção às drogas:** Com 492 centros habilitados, Governo Federal abre mais de 13 mil novas vagas em comunidades terapêuticas. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/com-492-centros-habilitados-governo-federal-abre-mais-de-13-mil-novas-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: Indicadores leito. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=84&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Pr. Marco Feliciano**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2022.] Disponível em: <https://www.camara.leg.br/deputados/160601/biografia>. Acesso em: 3 jul. 2022.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo:** a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

BROWN, W. **Undoing the Demos:** neoliberalism's stealth revolution. Nova Iorque, EUA: Zone Books, 2015.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. [S. l.]: Editora Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CANCIAN, N. Governo lança medidas para conter abusos em 'manicômios modernos'. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 95, n. 31.535, 5 ago. 2015. Cotidiano, p. 1.

CANCIAN, N. Governo reajusta pagamento por longa internação em hospitais psiquiátricos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 98, n. 32.654, 28 ago. 2018. Cotidiano, p. 1.

CARAM, B. Governo amplia vagas para acolhimento de dependentes químicos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 98, n. 32.697, 10 out. 2018. Cotidiano, p. 4.

CARNUT, L. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170-180, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xCr3PNHC7KPN38kNyCTYbFQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2021.

CARVALHO, D.; FERNANDES, T. Bolsonaro tira vagas de especialistas de conselho de políticas sobre drogas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 99, n. 32.983, 23 jul. 2019. Cotidiano, p. 5.

CONED/SP. **Comunidade Terapêutica 2020**: Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo. São Paulo: CONED/SP, 2020.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRASP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: CONNECTAS; CEBRASP, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3sgbJ1B>. Acesso em: 2 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Posicionamento político do conselho federal de psicologia Relativo à política de drogas**. Brasília, DF: CFP, 2014. Disponível em: [Posicionamento-político-do-CFP-relativo-à-Política-de-Drogas.pdf](#) Acesso em: 20. mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas**: Contribuições do CFESS para o debate. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

COUTO, M; ARBEX, E. A fé do poder: Bolsonaro prioriza evangélicos em políticas públicas. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 95, n. 31.604, 16 fev. 2020. O País, p. 8.

CUNHA, A. S. *et al.* **Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal – 2005 a 2019**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210510_analise_das_politicas_publicas_sobre_drogras_no_orcamento_federa_2005_a_2019.pdf. Acesso em 23 jun. 2021.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DE LEON, G. **The therapeutic community**: theory, model, and method. 8. ed. Nova Iorque, EUA: Springer Publishing Company, 2000.

DIAP. **Radiografia do Novo Congresso**: Legislatura 2015-2019. Brasília, DF: DIAP, 2014. (Estudos Políticos do DIAP.)

PROF. Dr. Carlos Alberto Di Franco. Carlos Alberto Di Franco, 2018. Disponível em: <https://carlosalbertodifranco.com.br/sobre>. Acesso em: 6 jun. 2022.

DOUDEMMENT, M; CONCEIÇÃO, V. N. M. Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas. *In*: SANTOS, M. P. G. **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, p. 167-186, 2018.

DUARTE, Paulina. Falar que país vive epidemia de crack é grande bobagem. [Entrevista cedida a:] Natuza Nery. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 91, nº 29.994, 13 maio 2011a. Cotidiano, p. 5.

DUARTE, Paulina. [S. l.: s. n.], 2011b. 1 vídeo (12min e 50seg). Publicado pelo canal PT no Senado. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MagmKb5O-s0/>. Acesso em: 5 jul. 2022.

DUNKER, C. *et. al.* Para uma arqueologia da psicologia neoliberal brasileira. *In:* SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 207-248.

FABRINI, Fábio. Em Minas, empresário dependente já passou 5 anos internado em clínicas. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 85, n. 27.943, 7 fev. 2010. O País, p. 4.

FEBRACT. **Comunidades terapêuticas**. [S.l.], Febract, 2016. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 5 jul. 2022.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 92, p. 9–21, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/yQFZQG48VQvdYW8hQVMYbCd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FIORE, M.; RUI, T. The Phenomenon of Therapeutic Communities in Brazil: Experiences in zones of indetermination. *In:* RUI, T.; FIORE, M. **Working Paper Series: Therapeutic Communities in Brazil**. Brooklyn, Nova Iorque, EUA: Social Science Research Council, 2021. p. 1-7.

FRANCO, I. Panorama Político: plano nacional anticrack. **O Globo**, ano 86, n. 28.435, 14 jun. 2011. O País, p. 2.

FILHO, A. N. Governo erra ao focar em crack, diz médico. [Entrevista cedida a:] Andréia Sadi; Johanna Nublat. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 91, n. 30.202, 11 dez. 2011. Cotidiano, p. 12.

FIOCRUZ. Saúde Mental vence mais uma luta: Valencius Wurch é exonerado do cargo. Brasília, DF: **Informe ENSP**, 9 maio 2016. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/39572>. Acesso em: 2 jul. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GUEDES, J. A. D. **Caracterização das Comunidades Terapêuticas no Município de Nova Iguaçu**. 2014. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167357/JAKELLINE%20APARECIDIA%20DIAS%20GUEDES_TCC_PSICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 abr. 2021.

GUIMARÃES, J.; CRUZ, C. E. C. Neoliberalismo e Ciência Política: contribuições teóricas sobre a crise da democracia. **Sociedade e Cultura**, v. 24, 17 maio 2021.

HALL, S. The neo-liberal revolution. **Cultural Studies**, Connecticut, EUA, v. 25, n. 6, p. 705-728, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09502386.2011.619886>. Acesso em: 9 mar. 2022.

HARVEY, D. Liberdade é apenas mais uma palavra... *In*: HARVEY, D. **O neoliberalismo: História e implicações**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, setembro 2011. p. 15-47.

HOFFMANN, Gleisi. Ministra apoia internação involuntária de dependentes químicos: “Não podemos nos apegar a polêmicas que não estão embasadas na realidade”. [Entrevista cedida a:] Vinicius Sassine. **O Globo**, ano 88, v. 29.125, 4 maio 2013. O País, p. 4.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota técnica – Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília, DF, n. 21, mar. 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 22 mar. 2022.

ISO. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/iso/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

KEESE, P. B.; AGOPYAN, K. K. A campanha “Just say no” e a guerra ao Crack na cidade de São Paulo. **Justificando Conteúdo Cultural**, São Paulo, n.p., 3 jul. 2017. Disponível em: <http://www.justificando.com/2017/07/03/campanha-just-say-no-e-guerra-ao-crack-na-cidade-de-sao-paulo/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

KOSHIMIZU, R. K.; BRANDÃO, G. 'Comunidades' que tratam de dependentes químicos têm dificuldade de acesso a recursos públicos. Brasília, DF: **Agência Senado**, 14 abr. 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2011/04/14/comunidades-que-tratam-de-dependentes-quimicos-tem-dificuldade-de-acesso-a-recursos-publicos>. Acesso em: 10 jul. 2022.

LAKOFF, G. **Moral politics: how liberals and conservatives think**. 3. ed. Chicago, EUA: The University of Chicago Press, 2016.

LAVINAS, L. A. Financeirização da Política social: o caso brasileiro. **Forthcoming at Politika**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 35-51, 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/09/Lena-Lavinas-colet%C3%A2nea-Cesinha-Politika-2015.pdf>. Acesso em 15 nov 2021.

LEITE, P. Oito em dez aprovam a internação involuntária de dependente de drogas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 99, n. 32.970, 10 jul. 2019. Cotidiano, p. 1.

LIMA, M. O uso da entrevista na pesquisa empírica. *In*: SESC; CEBRAP. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo**. São Paulo: SESC-CEBRAP, 2016. p. 24-41.

LIMA, M; CAMAROTTI, G.; ALENCASTRO, C. Dilma e Serra afiam armas para guerra. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 85, n. 28.097, 11 jul. 2010. O País, p. 14.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R B; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, São Paulo, v. 18, n. 49, p. 251-260, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>. Acesso: 30 maio 2022.

MAIORIA apoia internação involuntária de dependentes químicos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 jul. 2019. Disponível em: <https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2019/07/1988220-maioria-apoia-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos.shtml>. Acesso em: 6 jun. 2022.

MARIANO, R. Laicidade à brasileira: católicos, pentecostais e laicos em disputa na esfera pública. **Civitas - Revista De Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 238-258, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2011.2.9647>. Acesso em: 1 jun. 2022.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 58-70, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2022.

MEIRELLES, B. B. **Do governo de corpos ao “autogoverno de almas”**: drogas, crime e fé num centro de recuperação pentecostal. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/48886/48886.PDF>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MENA, F.; MORAES, F. T. Conselho pode votar política de drogas sem debate público. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 98, n. 32.446, 1 fev. 2018a. Cotidiano, p. 3.

MENA, F.; MORAES, F. T. Conselho sobre drogas adia votação de texto polêmico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 98, n. 32.447, 2 fev. 2018b. Cotidiano, p. 7.

MENDONÇA, R. Dilma tenta reconstruir elo com os movimentos sociais. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 93, n. 30.777, 8 jul. 2013. Poder, p. 4.

MARIZ, R.; GRANDELLE, R. Cerco ao dependente. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 93, n. 30.816, 12 dez. 2017. Sociedade, p. 32.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 9-29.

MONTENEGRO, Y. F. L.; BRILHANTE, A. V. M.; MUNGUBA, M. C. Paradoxo nas políticas sobre drogas: embates discursivos sobre a Lei 13.840/2019 em portais de notícia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210064>. Acesso em: 27 maio 2022.

OBRA social. Brasília, DF: Portal da Fazenda. [2015.] Disponível em: <https://portalfazenda.org.br/obra-social/>. Acesso em: 7 maio 2022.

PAULUZE, T. Após manobra, Senado vota projeto sobre política de drogas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 99, n. 32.914, 15 maio 2019. Cotidiano, p. 4.

PINHO, C. E. S. Welfare State and Epistemic Communities of Fiscal Austerity in Brazil: from Lula da Silva to Jair Bolsonaro (2003-2020). **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 36, n. 1, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/GqvHyvFSkFSNyJf7K7V9jkx/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PIRES, R. R. C. Um campo organizacional de comunidades terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes. In: SANTOS, M. P. G (org.) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 133-166. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas_cap7.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

PRADO, T. Atritos desgastam elo entre Planalto e evangélicos. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 96, n. 32.043, 30 abr. 2021. País, p. 8.

QUINTAS, A. C. M. O; TAVARES, P. S. P. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 198-209, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PmFFH7ShrGpr7h8R5h93x9P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2022.

RAMÔA, M.; TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno a práticas institucionalizantes. **Platô Drogas e Políticas**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 35-65, jul. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Plato.pdf>. Acesso em: 7 maio 2022.

RESENDE, N. C. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: FIORE, M.; RUI, T. (editores). **Working paper series: comunidades Terapêuticas no Brasil**. Brooklyn, Nova Iorque, EUA: Social Science, p. 8-28, 2021. Disponível em: <https://www.ssrc.org/publications/working-paper-series-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>. Acesso em: 5 maio 2022.

ROBERTS, C.; GEELS, F. W. Conditions for politically accelerated transitions: historical institutionalism, the multi-level perspective, and two historical case studies in transport and agriculture. **Technological Forecasting and Social Change**, [S.l], v. 140, p. 221-240, mar. 2019. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0040162518305079>. Acesso em: 9 jul. 2021.

ROUSEFF, Dilma. **Discurso da presidenta Dilma na cerimônia de lançamento do Plano de Enfrentamento ao uso do Crack e outras Drogas – Brasília/DF**. Brasília, DF: Biblioteca da República, 2011. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/videos/video-do-discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-de-lancamento-do-plano-de-enfrentamento-ao-uso-do-crack-e-outras-drogas-brasil-ia-df>. Acesso em: 6 jun. 2022.

RUI, T. C. **Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/280382/1/Rui_Taniele_D.pdf. Acesso em: 9 ago. 2021.

SANTOS, R. T. Saúde pública e comunicação: impasses do SUS à luz da formação democrática da opinião pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1547-1556, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rtd96zpX7mfzMsRGPTJ9X4L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2022.

SASSINE, V. Planalto manda liberar verba para grupos religiosos. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 88, n. 29.107, 16 abr. 2013. O País, p. 3.

SASSINE, V; CARVALHO, I. Defensor público assumirá Secretaria Nacional de Drogas. **O Globo**, Rio de Janeiro, ano 88, n. 29.108, 17 abr. 2013. O País, p. 8.

SCHLUTER, E. Audiência CONFENACT com Ministro da Justiça – compromisso do Governo Federal com as CTs. [S.l], 2014. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/?p=162>. Acesso em: 6 jun. 2022.

SILVA, D. P. *et al.* Matrizes psicológicas da episteme neoliberal: a análise do conceito de liberdade. In: SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, Christian (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 77-124.

SOARES, G. Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 100, n. 33.477, 2 nov. 2020. Cotidiano, p. 4.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2013.

SOUZA, R. C.; SILVA, J. E. Conservadorismos, fundamentalismo protestante e democracia no Brasil: Uma compreensão em chave pós-estruturalista. **Religião & Sociedade**, Rio de

Janeiro, v. 42, n. 1, p. 37-60, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-85872021v42n1cap02>. Acesso: 7 jun. 2022.

TATMATSU, D. I. B.; SIQUEIRA, C. E.; DEL PRETTE, Z. A. P. Public policies for drug abuse prevention in Brazil and the United States. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 1-13, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DKQZ4hMm7V3zCKMBXwqvPms/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 2 jun. 2022.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1455-1466, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjdFzJrX8NYKbGhYp95WfKb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2022.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TERRA, Osmar. Pequeno traficante não é coitado, afirma deputado. [Entrevista cedida a:] Johanna Nublat; Márcio Falcão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 93, n. 30.722, 14 maio 2013. Cotidiano, p. 4.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

THORNTON, M. Milton Friedman, Drug Legalization, and Public Policy. *In*: CORD, R. A.; HAMMOND, J. D. **Milton Friedman: Contributions to Economics and Public Policy**. Reino Unido: Oxford University Press, ago. 2016. p. 464-479.

UCHOA, P. R. Y. **Perfil do usuário de drogas no Brasil**. [Entrevista cedida a:] Bom dia, Brasil. **G1**, Brasília, 24 nov. 2004. Disponível em: <https://g1.globo.com/bomdiabrasil/0,,MUL829843-16020,00-PERFIL+DO+USUARIO+DE+DROGAS+NO+BRASIL.html>. Acesso em: 4 jul. 2022.

UNITED NATIONS. **Report of the International Narcotics Control Board for 2012**. Viena, Suíça: United Nations Publication, 2013.

VIANA, Maria José de Faria. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública**. 2007. Tese (Doutorado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6375/1/2007_MariaJosedeFariaViana.pdf. Acesso em: 2 jul. 2022.

WURCH, V. Vou tirar 10% dos internos de hospitais psiquiátricos. [Entrevista cedida a:] Natália Cancian. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 96, n. 31.746, 3 mar. 2016. Cotidiano, p. 4.

ZANINI, M. Artigo de opinião: do ponto de vista à argumentação. *In:* ANTONIO, J. D; NAVARRO, P. **Gêneros textuais em contexto de vestibular**. Maringá: EDUEM, 2017. p. 43-58.

ANEXO I

TABELA 3 – Relação entre os deputados federais da frente parlamentar evangélica do congresso nacional e o impeachment da presidente Dilma Rouseff.

DEPUTADOS FEDERAIS DA FRENTE PARLAMENTAR EVANGÉLICA DO CONGRESSO NACIONAL		VOTAÇÃO PARA A INSTAURAÇÃO DO PROCESSO DE IMPEACHMENT DA DILMA			
		A FAVOR	CONTRA	ABSTENÇÃO	AUSENTE
1	ADAIL CARNEIRO (PP-CE)	X			
2	AGUINALDO RIBEIRO (PP-PB)	X			
3	ALAN RICK (PRB-AC)	X			
4	ALBERTO FRAGA (DEM-DF)	X			
5	ALCEU MOREIRA (PMDB-RS)	X			
6	ALEXANDRE SERFIOTIS (PMDB-RJ)	X			
7	ALEXANDRE VALLE (PR-RJ)	X			
8	ALFREDO KAEFER (PSL-PR)	X			
9	ALIEL MACHADO (REDE-PR)		X		
10	ALTINEU CÔRTEZ (PMDB-RJ)	X			
11	ALUISIO MENDES (PTN-MA)		X		
12	ANDERSON FERREIRA (PR-PE)	X			
13	ANDRÉ ABDON (PP-AP)	X			
14	ANDRE MOURA (PSC-SE)	X			
15	ANTONIO BULHÕES (PRB-SP)	X			
16	ANTÔNIO JÁCOME (PTN-RN)	X			
17	ARIOSTO HOLANDA (PDT-CE)		X		
18	ARNALDO FARIA DE SÁ (PTB-SP)	X			
19	ARNALDO JORDY (PPS-PA)	X			
20	ARTHUR LIRA (PP-AL)	X			
21	ARTHUR VIRGÍLIO BISNETO (PSDB-AM)	X			
22	AUGUSTO COUTINHO (SD-PE)	X			
23	AUREO (SD-RJ)	X			
24	BEBETO (PSB-BA)		X		
25	BENEDITA DA SILVA (PT-RJ)		X		
26	BETINHO GOMES (PSDB-PE)	X			
27	BETO MANSUR (PRB-SP)	X			
28	BETO SALAME (PP-PA)			X	
29	CABO SABINO (PR-CE)	X			
30	CACÁ LEÃO (PP-BA)			X	
31	CAPITÃO AUGUSTO (PR-SP)	X			
32	CARLOS ANDRADE (PHS-RR)	X			
33	CARLOS GOMES (PRB-RS)	X			
34	CARLOS HENRIQUE GAGUIM (PTN-TO)	X			
35	CARLOS MANATO (SD-ES)	X			

36	CARLOS MELLES (DEM-MG)	X			
37	CÉLIO SILVEIRA (PSDB-GO)	X			
38	CELSO MALDANER (PMDB-SC)	X			
39	CÉSAR HALUM (PRB-TO)	X			
40	CHICO LOPES (PDdoB- CE)		X		
41	CLARISSA GAROTINHO (PR-RJ)				X
42	CRISTIANE BRASIL (PTB-RJ)	X			
43	DAMIÃO FELICIANO (PDT-PB)		X		
44	DÂMINA PEREIRA (PSL-MG)	X			
45	DELEGADO ÉDER MAURO (PSD-PA)	X			
46	DELEGADO WALDIR (PR-GO)	X			
47	DIEGO ANDRADE (PSD-MG)	X			
48	DIEGO GARCIA (PHS-PR)	X			
49	DILCEU SPERAFICO (PP-PR)	X			
50	DOMINGOS NETO (PSD-CE)		X		
51	DOMINGOS SÁVIO (PSDB-MG)	X			
52	DR. JOÃO (PR-RJ)	X			
53	EDUARDO BOLSONARO(PSC-SP)	X			
54	EDUARDO CUNHA (PMDB-RJ)	X			
55	EDUARDO DA FONTE (PP-PE)	X			
56	ELIZEU DIONIZIO (PSDB-MS)	X			
57	ELIZIANE GAMA (PPS-MA)	X			
58	ERIVELTON SANTANA (PEN-BA)	X			
59	EROS BIONDINI (PROS-MG)	X			
60	EVANDRO GUSSI (PV-SP)	X			
61	EVANDRO ROMAN (PSD-PR)	X			
62	EXPEDITO NETTO (PSD-RO)	X			
63	EZEQUIEL TEIXEIRA (PTN-RJ)	X			
64	FABIO GARCIA (PSB-MT)	X			
65	FÁBIO MITIDIERI (PSD-SE)		X		
66	FÁBIO SOUSA (PSDB-GO)	X			
67	FAUSTO PINATO (PP-SP)	X			
68	FELIPE MAIA (DEM-RN)	X			
69	FLAVINHO (PSB-SP)	X			
70	FRANCISCO FLORIANO (DEM-RJ)	X			
71	GENECIAS NORONHA (SD-CE)	X			
72	GEOVANIA DE SÁ (PSDB-SC)	X			
73	GILBERTO NASCIMENTO (PSC-SP)	X			
74	GONZAGA PATRIOTA (PSB-PE)	X			
75	GORETE PEREIRA (PR-CE)			X	
76	GOULART (PSD-SP)	X			
77	HÉLIO LEITE (DEM-PA)	X			
78	HEULER CRUVINEL (PSD-GO)	X			
79	HISSA ABRAHÃO (PDT-AM)	X			
80	HUGO LEAL (PSB-RJ)	X			

81	IRMÃO LAZARO (PSC-BA)	X			
82	IZALCI LUCAS (PSDB-DF)	X			
83	JAIR BOLSONARO (PSC-RJ)	X			
84	JEFFERSON CAMPOS (PSD-SP)	X			
85	JHC (PSB-AL)	X			
86	JHONATAN DE JESUS (PRB-RR)	X			
87	JOÃO ARRUDA (PMDB-PR)	X			
88	JOÃO CAMPOS (PRB-GO)	X			
89	JOÃO CASTELO (PSDB-MA)	X			
90	JOÃO DERLY (REDE-RS)	X			
91	JOAQUIM PASSARINHO (PSD-PA)	X			
92	JONY MARCOS (PRB-SE)	X			
93	JORGE TADEU MUDALEN (DEM-SP)	X			
94	JOSÉ FOGAÇA (PMDB-RS)	X			
95	JOSE STÉDILE (PSB-RS)	X			
96	JOSUÉ BENGTON (PTB-PA)	X			
97	JÚLIA MARINHO (PSC -PA)	X			
98	JÚLIO DELGADO (PSB-MG)	X			
99	KAIO MANIÇOBA (PMDB-PE)	X			
100	LAERCIO OLIVEIRA (SD-SE)	X			
101	LAERTE BESSA (PR-DF)	X			
102	LAUDIVIO CARVALHO (SD-MG)	X			
103	LÁZARO BOTELHO (PP-TO)	X			
104	LEO DE BRITO (PT-AC)		X		
105	LEONARDO QUINTÃO (PMDB-MG)	X			
106	LEÔNIDAS CRISTINO (PDT-CE)		X		
107	LEOPOLDO MEYER (PSB-PR)	X			
108	LINCOLN PORTELA (PRB-MG)	X			
109	LINDOMAR GARÇON (PRB-RO)	X			
110	LUCIO MOSQUINI (PMDB-RO)	X			
111	LUIS CARLOS HEINZE (PP-RS)	X			
112	LUIS TIBÉ (PTdoB-MG)	X			
113	LUIZ CARLOS BUSATO (PTB-RS)	X			
114	LUIZ CARLOS HAULY (PSDB-PR)	X			
115	LUIZ CARLOS RAMOS (PTN-RJ)	X			
116	LUIZ CLÁUDIO (PR-RO)	X			
117	LUIZ LAURO FILHO (PSB-SP)	X			
118	MARCELO ÁLVARO ANTÔNIO (PR-MG)	X			
119	MÁRCIO MARINHO (PRB-BA)	X			
120	MARCO TEBALDI (PSDB-SC)	X			
121	MARCOS ROGÉRIO (DEM-RO)	X			
122	MARCUS VICENTE (PP-ES)	X			
123	MARIA HELENA (PSB-PR)	X			
124	MÁRIO HERINGER (PDT-MG)	X			
125	MÁRIO NEGROMONTE JR. (PP-BA)			X	

126	MAURO LOPES (PMDB-MG)	X			
127	MAX FILHO (PSDB-ES)	X			
128	MISSIONÁRIO JOSÉ OLÍMPIO (DEM-SP)	X			
129	MORONI TORGAN (DEM-CE)	X			
130	MOSES RODRIGUES (PMDB-CE)	X			
131	NELSON MARQUEZELLI (PSDB-RS)	X			
132	NEWTON CARDOSO JR (PMDB-MG)				
133	NILTO TATTO (PT-SP)		X		
134	NILTON CAPIXABA (PTB-RO)	X			
135	ODELMO LEÃO (PP-MG)	X			
136	ORLANDO SILVA (PCdoB-SP)		X		
137	OSMAR SERRAGLIO (PMDB-PR)	X			
138	OSMAR TERRA (PMDB-RS)	X			
139	OTAVIO LEITE (PSDB-RJ)	X			
140	PASTOR EURICO (PHS-PE)	X			
141	PAULO FOLETTTO (PSB-ES)	X			
142	PAULO FREIRE COSTA (PR-SP)	X			
143	PAULO MAGALHÃES (PSD-BA)		X		
144	PAULO PEREIRA DA SILVA (SD-SP)	X			
145	PAULO TEIXEIRA (PT-SP)		X		
146	PEDRO CUNHA LIMA (PSDB-PB)	X			
147	POMPEO DE MATTOS (PDT-RS)			X	
148	PR. MARCO FELICIANO (PSC-SP)	X			
149	PROFESSOR VICTÓRIO GALLI (PSC-MT)	X			
150	RAFAEL MOTTA (PSB-RN)	X			
151	RAQUEL MUNIZ (PSD-MG)	X			
152	RICARDO IZAR (PP-SP)	X			
153	ROBERTO ALVES (PRB-SP)	X			
154	ROBERTO SALES (PRB-RJ)	X			
155	ROCHA (PSDB-AC)	X			
156	RONALDO CARLETTO (PP-BA)		X		
157	RONALDO FONSECA (PROS-DF)	X			
158	RONALDO MARTINS (PRB-CE)	X			
159	RONALDO NOGUEIRA (PTB-RS)	X			
160	RÔNEY NEMER (PP-DF)	X			
161	ROSANGELA GOMES (PRB-RJ)	X			
162	RUBENS PEREIRA JÚNIOR (PCdoB-MA)		X		
163	SAMUEL MOREIRA (PSDB-SP)	X			
164	SÉRGIO BRITO (PSD-BA)		X		
165	SERGIO SOUZA (PMDB-PR)	X			
166	SERGIO VIDIGAL (PDT-ES)	X			
167	SHÉRIDAN (PSDB-RR)	X			
168	SILAS CÂMARA (PRB-AM)	X			
169	SÓSTENES CAVALCANTE (DEM-RJ)	X			

170	STEFANO AGUIAR (PSD-MG)	X			
171	TAKAYAMA (PSC-PR)	X			
172	TIA ERON (PRB-BA)	X			
173	TONINHO WANDSCHEER (PROS-PR)	X			
174	VALADARES FILHO (PSB-SE)	X			
175	VALDIR COLATTO (PMDB-SC)	X			
176	VALMIR ASSUNÇÃO (PT-BA)		X		
177	VALTENIR PEREIRA (PMDB-MT)		X		
178	VENEZIANO VITAL DO RÊGO (PMDB-PB)	X			
179	VICENTINHO JÚNIOR (PR-TO)		X		
180	VINICIUS CARVALHO (PRB-SP)	X			
181	VITOR LIPPI (PSDB-SP)	X			
182	VITOR VALIM (PMDB-CE)	X			
183	WALTER ALVES (PMDB-RN)	X			
184	WASHINGTON REIS (PMDB-RJ)	X			
185	ZÉ CARLOS (PT-MA)		X		
186	ZÉ GERALDO (PT-PA)		X		
187	ZÉ SILVA (SD-MG)	X			
188	ADEMIR CAMILO (MDB-MG)*				
189	ANTONIO CARLOS MENDES THAME (PV-SP) *				
190	CELSO JACOB (MDB-RJ)*				
191	EDMAR ARRUDA (PSD-PR)*				
192	FABRICIO OLIVEIRA (PSB-SC)*				
193	MAIA FILHO (PP-PI)*				
194	RAUL JUNGSMANN (PPS-PE)*				
195	ROSINHA DA ADEFAL (AVANTE-AL)*				
196	SANDES JÚNIOR (PP-GO)*				
197	WALNEY ROCHA (PATRI-RJ)*				
198	WILLIAM WOO (PP-SP)*				
	TOTAL	158	23	5	1

*Estes deputados não participaram da votação referentes ao processo do impeachment por estarem licenciados na data da votação (17/04/2016) ou, pelo fato de serem suplentes, não estarem com mandato parlamentar ativo naquele período.