

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICANÁLISE EM SITUAÇÕES SOCIAIS CRÍTICAS

LUÍS FERNANDO ARAUJO DE ARO

A NARRATIVA SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS: CUIDADO OU CONTROLE?

SÃO PAULO

2023

A NARRATIVA SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS: CUIDADO OU CONTROLE?

LUÍS FERNANDO ARAUJO DE ARO

Monografia da Especialização em Psicanálise nas Situações Sociais Críticas apresentada como requisito obrigatório para obtenção do certificado de especialização pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vera Lucia Ferreira Mendes

SÃO PAULO

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL.....	5
2.1 Cenário no Brasil.....	6
2.2 Centros de Atenção Psicossocial.....	9
2.3 Comunidades Terapêuticas.....	12
3. A NARRATIVA SOBRE O USUÁRIO E SUA INTERSECCIONALIDADE.....	15
4. TERRITÓRIO EM DISPUTA.....	20
5. CONCLUSÃO.....	22
6. Referências Bibliográficas	24

1. INTRODUÇÃO

O debate sobre o uso de substâncias tem ganho cada vez mais holofotes, sendo pauta de debates políticos, manchetes de telejornais, tema de plenárias e rodas de conversa em diferentes espaços, sejam elas no campo macro e micropolítico. O abuso da substância é uma questão que atravessa os campos da saúde, da segurança pública, da economia, da assistência social, dos direitos humanos e de diversas outras áreas. Nesse sentido, os discursos sobre como lidar com essa questão operam de diversas formas e diversos lugares, mas sempre acreditam estar exercendo um domínio de verdade sobre. Foucault coloca que a verdade funciona:

“[...] graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos [...] (FOUCAULT, 2015, p. 52).”

Enquanto psicólogo e trabalhador de um serviço público na cidade de São Paulo que busca construir um cuidado para a população em abuso de substâncias, decidi me debruçar neste trabalho sobre como as diferentes formas de enxergar o tema podem construir, desconstruir e tensionar os discursos e dispositivos frente a substância e seu abuso.

Sendo assim, no trabalho buscarei, inicialmente, trazer uma contextualização de como o cenário do cuidado com o usuário de drogas se deu historicamente no Brasil até chegarmos na legislação atual. Em seguida, passo pela caracterização dos dois principais dispositivos - que apesar de muitas vezes antagônicos em sua lógica se encontram como referenciais para a população -, os Centros de Atenção Psicossocial e as Comunidades Terapêuticas. E na sequência, coloco em cena, através de alguns dados de levantamentos e pesquisas do cenário atual e também de algumas vivências e experiências profissionais, a disputa que existe frente as narrativas que ambos dispositivos constroem na maneira de lidar com o usuário em situação de abuso de substância, questionando se estas são formas de cuidado ou de controle.

2. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E BRASIL

O uso de substâncias faz parte da história do ser humano, isso é algo indiscutível, há autores evolucionistas que defendem que usar substâncias para alterar a percepção é anterior mesmo ao surgimento do *homo sapiens*, como Robert Dudley, com sua teoria do “Macaco bêbado”. Em sua teoria, o autor defende que os nossos ancestrais em comum, os chimpanzés, buscavam frutas maduras que expostas ao sol, se fermentam e produzem etanol, as mesmas frutas que povos originários da América Central e América do Sul utilizam para fazer chicha, um coquetel alcoólico fermentado. (DUDLEY, 2014).

Para o ser humano, o contexto do uso de substâncias aparece em toda sua história e para diversos fins, desde rituais, sejam eles místicos, religiosos e alguns até de ordem medicinais, e em sua maioria, com a finalidade de aumento de prazer e diminuição de dores e angústias, sejam elas de ordem física, espiritual e/ou psíquica. Com isso, surge a pergunta, “por que os seres humanos usam drogas?”, ou melhor, “por que os seres humanos *abusam* das drogas?”.

Muitos autores, de diversas áreas como a sociologia, a psicologia, a medicina, a antropologia, dentre outras, buscam encontrar respostas para tais questões. Entretanto, é fundamental pôr em cena, que a busca por essas respostas se intensificam a partir do momento em que historicamente o usuário de drogas passa a ser visto como uma ameaça, afinal um “problema social” varia de acordo com os interesses políticos e empresariais e as relações de poder que se estabelecem em diferentes setores da sociedade (ALVES, 2015). O trabalho a seguir, não tem pretensão de buscar respostas objetivas para a problemática do uso de substâncias ou de historicizar de maneira aprofundada tal debate, porém, para enriquecimento da discussão sobre os dispositivos¹ de cuidados territorializados, farei breve contextualização da maneira com que o Brasil olhou e vem olhando para pessoas que fazem uso de substâncias em seus diferentes contextos.

1

¹ Busco utilizar aqui o termo “dispositivo” elencado a partir do entendimento de Foucault sobre o mesmo. Para ele, dispositivo é “[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. (2000, p. 244) ”

2.1 Cenário no Brasil

Atualmente a discussão sobre as intervenções do Estado sobre o uso de substâncias, o tráfico de drogas e a relação que o usuário estabelece com a cidade é quase cotidianamente retratada na mídia e em debates públicos - e principalmente políticos -, como pode ser visto por exemplo no debate para governador de São Paulo nestas últimas eleições onde a questão da “cracolândia” surge inúmeras vezes. Porém a centralidade desse debate sobre o uso de drogas é recente na história do país, até o século XX o uso de substâncias ilícitas existia, mas não representava - para o Estado da época - uma grande ameaça à saúde pública. Já o uso do álcool era mais intensivo, porém:

“A inércia dos governantes perante o alcoolismo levou ao surgimento de sociedades de caráter privado (Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró Temperança) que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas” (MACHADO;MIRANDA apud MUSCEMISI, p.803, 2007).

O Código Penal brasileiro de 1924 já tecia uma certa legislação sobre o uso, onde por meio do decreto 4.294, propôs pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. O decreto 14.969 criou o “sanatório para toxicômanos” (MACHADO, MIRANDA apud Bittencourt, 1986; FIORE, 2005).

Já na década de 70 ocorrem as primeiras mudanças na legislação referente ao trato com a temática, pois com a intensificação do discurso médico-legal dentro do sistema judiciário, existem novas intervenções para o tema. A intervenção médica-psiquiátrica na área se dá:

“Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Em segundo lugar, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino dessa classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade... (BITTENCOURT, 1986, p.42)

”

Em 1976 foi aprovada e promulgada a lei 6.368, que é a primeira vez onde pode se observar a troca de termos como “viciados” por “dependentes químicos”, reforçando ainda mais a ideia de que a relação com o uso de substâncias estava saindo cada mais do campo da segurança pública - única e exclusivamente - para ter como agentes de intervenção o saber médico-legal³. Tal lei é importante para a trajetória do cuidado com o usuário, pois é a primeira vez onde surgem propostas² mínimas de cuidados voltados para saúde e não apenas punição daquele que consome substâncias. Como é possível ver no artigo 9:

Art. 9. As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

1. Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptadas, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

2. O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde. (Brasil, Ministério da Justiça, 1992, p.3)

Porém, é apenas em 1998 que surge oficialmente uma Política Nacional Antidrogas no Brasil. Importante ressaltar que durante esse período ocorreram importantes contribuições da Confen (Conselho Federal de Entorpecentes), mas que nunca chegaram a serem consideradas legislações propriamente ditas. Não será possível detalhar toda trajetória da Confen - que é extinta por FHC em 1998 - neste trabalho, mas existem trabalhos disponíveis (MACHADO, MIRANDA, 2007) que detalham de maneira rica a trajetória do conselho até a chegada da PNAD, inclusive como local de disputa entre ações de redução de danos e propostas voltadas a abstinência.

Durante a implementação da PNAD, ocorreram dois grandes fóruns nacionais Antidrogas, o primeiro sendo em 1998, onde compareceram mais de duas mil pessoas, com a proposta de formulação da PNAD e o segundo em 2001, já com a

² Existem diversas definições de Redução de Danos e o tema será abordado de maneira mais aprofundada posteriormente neste trabalho. Porém, podemos considerar a redução de danos como uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos - lícitos ou ilícitos - sem necessariamente interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para os usuários.

³ Sobre as problemáticas frente ao discurso médico-legal e a problemática do uso abusivo como uma “dependência química” ler O circuito dos afetos na drogadição: uma explicação alternativa para a servidão às drogas” TYKANORI, 2021.

PND homologada por Fernando Henrique Cardoso, com o intuito de apresentar tal política para a população. No primeiro Fórum “apresentaram-se os segmentos mais organizados que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos.” (MACHADO, MIRANDA, 2007, p.813)

Importante ressaltar que dentre esses segmentos é possível perceber que não há nenhum tipo de homogeneidade, surgindo propostas quase opostas referentes ao que se entende no cuidado com a temática do uso de substâncias, demonstrando o quanto é diverso e divergente o entendimento sobre a problemática e conseqüentemente a dificuldade de uma construção de diretriz de cuidado. Com isso, “nesse documento, no capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área especificamente ligada ao problema das drogas e o setor público de saúde.” (MACHADO, MIRANDA, 2007, p. 813).

Já no ano de 2001, surge então a Lei Paulo Delgado, que seria um importante divisor de águas no que tange a legislação de cuidado para pessoas que precisavam de apoio no campo psicossocial, dentre elas os usuários de substâncias - apesar de não ser um paralelo tão polido assim. Porém foi apenas no ano de 2003, que temos o marco de, no Governo Lula, o Ministério da Saúde publicar o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, pelo qual “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p.9).

É neste documento que passamos a ter a partir da política nacional, uma diretriz ética e técnica de atuação voltada para o usuário de álcool e outras drogas, que estaria de acordo com os princípios do SUS, da redução de danos e da reforma psiquiátrica. O projeto também institui uma rede que contaria com serviços especializados, como serão os CAPS AD e as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil (dispositivos que iremos detalhar e discutir futuramente neste trabalho) e uma rede de atenção básica, mas que possa lidar também com essa demanda, que é o caso das UBS, AMA, o programa Saúde da Família, os Consultórios na Rua e os Hospitais em Geral. Com a criação desta rede, pudemos observar um período de grande avanço no cuidado territorializado e humanizado no

que tangia os dispositivos e serviços a serem prestados e construídos para e com os usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, esse avanço não é território consolidado e muito menos livre de tensões, há diversas forças e disputas que foram e seguem modificando a rede, que em sua essência, precisa ser viva. Para entendermos o cenário de disputa, considero importante nos aprofundarmos nos dispositivos que constroem as referências de cuidado ao usuário.

2.2 Centro de Atenção Psicossocial

Como visto no capítulo acima, os CAPS surgem como serviços substitutivos em referência aos serviços manicomiais e asilares no Brasil. Inspirados nas experiências da Itália principalmente, são serviços que nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica transdisciplinar. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Uma das melhores definições do que são esses serviços do SUS é possível de ser encontrada no próprio documento nortear técnico dos CAPS realizado pela prefeitura de São Paulo, onde afirma que:

“Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares e constituem-se como um lugar na comunidade: lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares” (BRASIL, 2005).”

Os CAPS AD surgem no ano de 2002, com a intenção de oferecer um atendimento em saúde especializado para indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, operam de maneira territorial e são divididos em II, III e IV. Sendo os CAPS AD II serviços que funcionam de segunda à sexta feira das 07h às

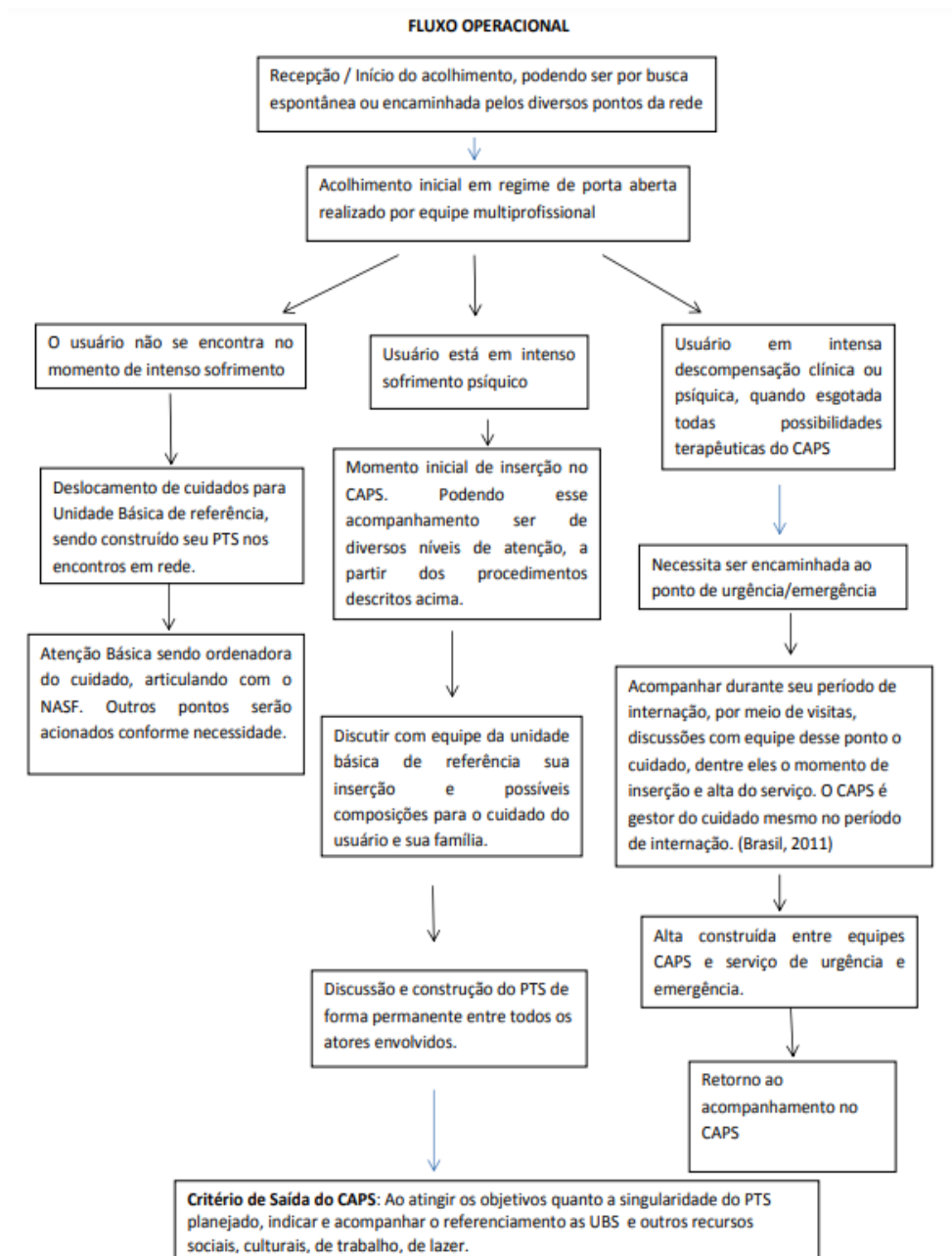
19h e sendo indicados para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes, os CAPS AD III já são serviços que além de ofertarem os cuidados como os CAPS AD II ofertam também acolhimento noturno, podendo conter até 12 leitos de atendimento 24hrs por até 15 dias, onde o usuário teria um cuidado mais próximo nos momentos de maior desorganização decorrente do uso, essa modalidade de CAPS AD são encontrados em municípios ou regiões acima de 150.000 habitantes. Os CAPS AD IV por fim, são uma modalidade de CAPS exclusivo dos CAPS Álcool e Drogas, CAPS AD IV: é o Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente. Funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas, atendimento de urgências e emergências psiquiátricas; terá disponibilidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso; Municípios com população acima de 500.000 habitantes (BRASIL, 2017).

Os CAPS devem ter papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, trabalhando em conjunto com a rede de serviços com ênfase na Atenção Primária, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. Consiste em um dispositivo estratégico para a superação do modelo asilar, no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aqueles por dependência de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004). O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e o acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). As práticas dos CAPS são

realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido nos territórios das cidades e dos bairros.

Para ilustrar o funcionamento do dispositivo podemos observar o fluxo de operacionalização dos CAPS:

Figura 1 - Fluxo operacional



Fonte: Protocolo de Atenção Psicossocial (São Paulo, 2021)

É fundamental quando olhamos o fluxo e observarmos que estão inseridos outros dispositivos além dos CAPS para construção do cuidado daquele que está em intenso sofrimento psíquico, além de termos recursos culturais, sociais, de trabalho e lazer como agentes de produção de cuidado. Ou seja, quando pensamos em um cuidado no território intersetorial, buscamos fugir de uma lógica onde o sujeito se resume ao próprio uso. Entretanto, como já adiantamos acima, o cenário dos CAPS AD e de sua construção de cuidado não vem sendo tranquila e polida, o que gera tanto crises institucionais que modificam e engessam o funcionamento dos dispositivos e seu alcance - o que será discutido de mais aprofundada posteriormente - quanto o fortalecimento de outros dispositivos que funcionam a partir da lógica da abstinência e do confinamento dos corpos, como as Comunidades Terapêuticas.

2.3 Comunidades terapêuticas

As primeiras referências às comunidades terapêuticas na história surgem na época de 1920, através do grupo de Oxford, instituição religiosa de Nova York, que tinha como proposta a criação de espaços voltados a ideias altruístas, de trabalhos mútuos, reparação de danos e reconhecimento de falhas e dificuldades pessoais, mas que inicialmente não tinha relação com aqueles considerados loucos ou drogados. Posteriormente, na década de 40, elas passam a surgir enquanto uma proposta para o cuidado com questões psiquiátricas e de saúde mental, mas é apenas em 1953, foi reconhecida quando o psiquiatra do exército inglês Maxwell Jones desenvolveu um modelo de internação para tratamento de soldados que estiveram na Segunda Guerra Mundial e que apresentavam traumas diversos (BOARINI, BOLONHEIS-RAMOS apud RAUPP, MILNITISKY-SAPIRO, 2014)

As comunidades terapêuticas são aceitas como propostas então a partir de uma lógica de “reformas institucionais que tinham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, enfim, um processo de horizontalidade e democratização das relações” (AMARANTE, 2013). Surgem como proposta alternativa à lógica de interação em grandes manicômios, como era a

lógica vigente na época. É notório que esses serviços sofrem então uma mudança abrupta durante o decorrer dos anos até chegar nas lógicas de funcionamento atual. Como diz De Leon (2003), em seu formato mais recente essas instituições passaram a sofrer influência das áreas da educação, medicina, psiquiatria, direito, *religião* e ciências sociais.

Atualmente, segundo relatório do Ipea são instituições:

“Se organizam em **residências coletivas temporárias**, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, **isolados de suas relações sociais prévias**, com o propósito de **renunciarem definitivamente ao uso de drogas** e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs [substâncias psicoativas]. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma **rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas**, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, **dependendo dos recursos financeiros** e humanos à disposição de cada CT (grifos autorais).”

As primeiras CT's são registradas no Brasil a partir da década de 70, mas como vimos acima, a partir de criações de dispositivos de saúde que não enxergam a abstinência como solução pétreia de cuidado, não eram serviços que tinham grandes financiamentos e repasses de verba por parte do estado. Porém, esse cenário muda quando, em 2010, surge o que a mídia denomina de “epidemia do crack”, quando começa a ter um aumento exponencial da comercialização e consumo do crack, principalmente nas regiões centrais de São Paulo, onde passam a surgir as “cracolândias”. Na mesma época, o Brasil passou a ser enxergado internacionalmente com maior intensidade pois havia sido escolhido para ser o país que sediaria os dois maiores eventos esportivos do mundo, a Copa do Mundo e as Olimpíadas.

Com isso, propostas de cuidado territorializadas e antimanicomiais, como as do CAPS AD, passaram a ser vistas com menos entusiasmo, afinal, passou-se ser necessário que o governo encontrasse na época soluções rápidas para a questão que era vista como um problema de segurança e saúde pública. Como diz um importante relatório do Cesec (2022):

“Em 2010, as comunidades terapêuticas haviam começado a receber recursos federais na forma de contratação de vagas para “acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substância psicoativa” e, em 2011, a entrada em vigor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack deu forte impulso a esse tipo de financiamento,

que configurou, a partir daí, uma linha contínua de consolidação das CTs como política pública. Também em 2011, as CTs foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial como “equipamentos de atenção residencial de caráter transitório”.

Foi no ano de 2015 que as Comunidades Terapêuticas passam a ser oficialmente reconhecidas pelo CONAD, que as definiu como “pessoas jurídicas, sem fins lucrativos” que “realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa”. E é no ano de 2019 que tivemos o marco recente mais importante sobre a fomentação e sustentação das Comunidades Terapêuticas, marcando um processo que entendo como um passo para a “remanicomialização” do Brasil, a nova Lei de Drogas. Volto a citar o fundamental relatório do Cesec (2022), que cita que a Lei de Drogas de 2019:

“[...]alterou a legislação que materializava importantes conquistas da Reforma Psiquiátrica e a nova Política Nacional sobre Drogas passou a mencionar as CTs explicitamente como objeto não só de regulamentação, mas também de incentivo financeiro. No mesmo ano, em nota técnica confirmadora dessa política, o Ministério da Saúde praticamente “revoga” a orientação da multiplicidade de abordagens e apoia de forma aberta a exigência de abstinência como forma de tratamento para pessoas com uso problemático de drogas. Para colocá-la em prática, recomenda o recurso prioritário a hospitais psiquiátricos, clínicas de reabilitação e comunidades terapêuticas.”

No estado de São Paulo esse processo anda ainda mais intenso, onde o atual governo fechou os serviços do centro de Centro de Referência de Álcool e Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) para criação do que renomeou como “Hub”. Termo que significa “um lugar que agrega vários produtos ou serviços ao mesmo tempo, gerando mais valor para clientes da empresa ou da marca.” Ou seja, um centro especializado voltado para internação de usuários de drogas.

3. A narrativa sobre o usuário e sua interseccionalidade.

Como visto acima, a relação com a substância, tanto por parte do Estado como por parte da comunidade - não que seja possível uma completa dissociação de ambas as partes - é multifacetada, construída a base de diferentes óticas, inúmeras relações e disputas de poder. A relação com a substância está longe de ser associada apenas a como certa substância irá agir quimicamente em nossos corpos, falar sobre drogas, é falar sobre estratégias de controle de corpos, territórios, culturas, é falar acima de tudo sobre *controle*. Sendo assim, acredito ser importante aprofundarmos quais os atravessamentos presentes no discurso sobre a droga, de modo que moldam os investimentos, as potências e as funcionalidades dos dispositivos descritos acima.

Faz parte da história da humanidade, principalmente da história moderna, utilizar de certos objetos como instrumentos para construção de diferentes formas de poder, de certa manutenção de uma ordem. São estratégias do colonialismo, legitimar através de um suposto saber, de uma cientificidade específica e que se centraliza na mão de alguns, como se deve agir, quais corpos podem circular, quais corpos podem acessar ou não certos tipos de lugares, coisas e conhecimentos. Como Foucault (1996) coloca, “em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”.

Desta forma, para entendermos como o discurso sobre o usuário é construído, acredito ser importante entendermos quais os corpos que estão sendo mais afetados. Um levantamento do perfil de usuários de drogas da crackolândia em São Paulo realizado pela última vez em 2019, nos ajuda a levantarmos diversos pontos interessantes. O Levantamento foi realizado pela Unidade de Pesquisas de Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e é o primeiro a traçar o perfil dos frequentadores da região de forma sistemática através de séries históricas. A pesquisa aponta que cerca de 62% dos participantes estão em situação de rua e relatam não dormir nem em centros de acolhida, sendo que 42% estão a 5 ou mais anos nestas condições. Outro dado muito interessante levantado pelos participantes foi que ao serem questionados sobre pilares que poderiam os ajudarem a se reorganizar em relação ao uso, os 4 principais foram

trabalho (44%), amparo familiar (32,8%), residência (20%) e tratamento contra a dependência (18,8%).

Quando observamos que 62% da população da cracolândia está em situação de rua e na cidade de São Paulo temos 68,6% da população em situação de rua se autodeclarando preta ou parda³, conseguimos ilustrar que a vulnerabilização social contribui diretamente para um uso abusivo de substâncias.

Outro ponto interessantíssimo para se observar na pesquisa realizada pela UNIFESP, são os gatilhos que os poderiam ajudar numa reorganização em relação ao seu uso, aparecendo trabalho, rede familiar e moradia como os três primeiros tópicos e tratamento para "dependência química" em sequência. Chamo atenção para esse ponto da pesquisa, pois como aponta Saraceno (2011):

"[...] dentro do modelo biomédico, que ainda representa uma hegemonia na lógica de cuidado com o sofrimento, existe um determinismo claro e distinto para cada doença mental, e como consequência um tratamento específico. [...] é tratado como se os fatores macro-sociais, as diferenças culturais, os eventos externos e extremos, as condições sócio-econômicas, a falta de apoio adequado, o ambiente relacional adverso, são todos fatores totalmente ou relativamente independentes das características biológicas ou psicológicas do indivíduo." (p. 95)

E quando dentro da própria fala dos usuários garantia de direitos fundamentais como moradia e trabalho surgem como os principais desejos para uma reorganização, podemos compreender que quando reduzimos a questão das drogas em algo preventivista e que é apenas de ordem orgânica produzimos um discurso de apagamento dos atravessamentos de gênero, raça e classe. Isto é, discutir como lidarmos como usuário em abuso de substância, é discutir como lidarmos com corpos desviantes, com minorias que historicamente são apagadas e violentadas.

Diversos autores (PASSOS, SOUZA, 2011; PETUCO, 2011) contribuem para entendermos que mais do que formas e posicionamentos diferentes de cuidado, quando falamos sobre esses dispositivos e sobre essas óticas opostas, falamos de construções que surgem de um processo histórico, político e cultural. Podemos colocar que o proibicionismo é um dos pilares da "guerra às drogas", paradigma de enfrentamento ao uso de substâncias que compreende que as drogas devem ser sempre combatidas e se possível, extintas de cena. Porém, como diversos

³ Estes dados estão expressos na Pesquisa Censitária da População Em Situação de Rua, Caracterização Socioeconômica da População em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População na Cidade de São Paulo, 2019)

pesquisadores, dentre os quais, Soares (2012), Ferrugem (2019), Alvarenga, Rosaneli, Ferreira e Lima (2021) colocam, essa guerra vai muito para além da substância em si, é uma guerra racial e classista, onde os principais prejudicados por ela são jovens, periféricos e negros.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), uma a cada quatro pessoas presas no Brasil foram condenadas por roubo ou tráfico de drogas, e segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de Junho de 2022, cerca de 68% da população carcerária brasileira é composta por pessoas pretas. Além desses dados, em 2006 como dito na contextualização sobre a legislação referente às drogas no Brasil, tivemos o marco do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, que fica popularmente conhecido como a Lei Anti Drogas - a qual institucionaliza uma operacionalização maior de combate ao tráfico de drogas -, e De 2009 até 2019, foram mortos 333.330 jovens com idades entre 15 a 29 anos e 77% de todas as vítimas de mortes violentas ocorridas em 2019 eram negras. (IPEA, 2019). Todos esses dados se correlacionam com a “guerra às drogas”, e consequentemente ao proibicionismo.

Quando se definem por “se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciar definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs [substâncias psicoativas]” essas instituições estão por dizer quando um sujeito está realizando um uso abusivo de substâncias existe um problema central, a droga, e a solução para essa questão seria então muito simples, sua retirada de cena. O mesmo raciocínio se constrói quando falamos sobre grupos de AA e NA, onde os sujeitos são vistos como “adictos sempre em recuperação”.

As Comunidades Terapêuticas então surgem como uma proposta a qual marcha ao lado do proibicionismo e é sustentada pelo modelo biomédico de cuidado, onde os cuidados em saúde são reduzidos entre causas e consequências, sempre buscando uma cadeia associativa de soluções rápidas e focadas para uma demanda, independentemente do tamanho de sua complexidade. O que ocorre é uma mortificação do sujeito, que deixa de ser visto como um ser vivo, complexo, subjetivado e inteiro e passa a se tornar um “adicto”, um “nóia”, um “zumbi”, alguém

com apenas uma identidade. Como Sareceno (2011) coloca “quando a identidade integra o sujeito em si mesma, ela se transforma em instituição.” (p.97).

Enquanto isso, quando nos voltamos para a Redução de Danos e para os serviços como os CAPS Ad, nos localizamos com um outro referencial de cuidado. São serviços que passam a enxergar o sujeito pela sua integralidade, rompendo com o modelo biomédico, a patologização e criminalização do usuário de drogas. São dispositivos que passam a entender o usuário como produtor de sentido, e não só alguém passivo na sua relação de cuidado. E por que isso é tão importante?

Controlar a gramática do sofrimento é uma das formas de exercer o poder. Como visto acima, não há uma explicação anatômica ou simples que possa direcionar um motivo específico que leva um sujeito a intensificar seu uso de drogas, porém é território em comum que o sujeito nessa situação está em estado de sofrimento. Entretanto, quando há um cenário de abuso de substâncias, é possível perceber que a depender do local que o corpo ocupa na sociedade, o seu abuso é visto de locais diferentes.

O gráfico feito pelo Levantamento Nacional de Usuário de Drogas no Brasil realizado em 2019 pela UNIFESP demonstra que há um número maior de pessoas com ensino superior que já utilizaram substâncias ilegais na vida do que pessoas com baixa escolaridade.

Figura 2 - Tabela Nível de Escolaridade

Tabela 5.3 - Número de consumidores e prevalência de pessoas de 18 a 65 anos que consumiram alguma substância ilícita na vida, nos últimos 12 meses e nos 30 dias anteriores à entrevista, segundo o nível de escolaridade - Brasil, 2015

Nível de escolaridade	Na vida				12 meses				30 dias			
	Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%		Pessoas (1.000)	%	IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
Total	14.383	10,8	10,1	11,6	4.438	3,3	2,9	3,8	2.297	1,7	1,4	2,1
Sem instrução e fundamental	3.546	8,2	7,0	9,4	1.077	2,5	1,9	3,0	528	1,2	0,8	1,6
Fundamental completo e médio	3.113	11,6	10,0	13,2	929	3,5	2,5	4,4	523	2,0	1,3	2,7
Médio completo e superior incompleto	5.170	10,9	9,8	12,1	1.751	3,7	2,9	4,5	871	1,8	1,3	2,4
Superior completo ou mais	2.554	16,6	13,7	19,4	681	4,4	2,3	6,5	375	2,4	0,4	4,5

Fonte: ICIT, Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.
Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa e IC95% é o intervalo de confiança de 95% (LI - Limite Inferior e LS - Limite Superior).

Fonte: ICIT. Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Enquanto, como já demonstrado acima no trabalho, podemos ver que a grande maioria dos sujeitos os quais ocupam a cracolândia viveram a maior parte de sua vida em situação vulnerabilizada. Além disso, segundo levantamento do Instituto Sou da Paz com dados do Departamento de Inquéritos Policiais e Corregedoria da Polícia Judiciária e do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (USP), mais de 67,7% dos encarcerados por tráfico de maconha nas prisões do País foram flagrados com posse de menos de 100 gramas da droga, sendo 14% deles com quantidade inferior a 10 gramas – algo em torno de dez cigarros. Aliado aos dados dos encarcerados também por tráfico de cocaína – 77,6% com menos de 100 gramas –, 62,17% dos traficantes presos no País exerciam atividade remunerada na ocasião do flagrante, 94,3% não pertenciam a organizações criminosas e 97% nem sequer portava algum tipo de arma, sempre lembrando que a grande parte dessas pessoas são jovens, pretos e periféricos. Essas incongruências nos remetem à, quando falamos sobre as narrativas referentes ao qual paradigma será aplicado ao usuário, temos uma gramática do sofrimento em jogo.

Num cenário onde vivemos sobre uma forte pressão neoliberal do capitalismo, onde como Safatle (2021) coloca que não se sofre da mesma forma dentro e fora deste sistema neoliberal, pois o sofrimento psíquico guarda uma dimensão de expressa recusa e de revolta contra o sistema social de normas, podemos colocar que o abuso de substâncias também é uma forma de recusa do encaixotamento de identidades neoliberal. Com isso, o proibicionismo, o encarceramento nas Comunidades Terapêuticas e as recusas aos serviços substitutivos como os CAPS são mecanismos de controle.

Tal lógica não apenas retira do sujeito sua a potência, o colocando como alguém que eternamente será “escravizado” pela substância, como o remete ao lugar da periculosidade, constantemente reforçado por matérias de telejornais, de modo que cada vez a tolerância para o usuário seja diminuída e lógicas punitivas surjam como respostas, vide as recentes ações na cracolândia. Para Menegat (2012) tal apelo punitivista se refere às necessidades do atual estágio do capitalismo neoliberal, que por sua racionalidade produz um número elevado de miseráveis que precisam ser geridos e controlados, sendo que, esse controle é realizado com base no encarceramento e no genocídio ou nas palavras da própria com a barbárie.

Nesse cenário os mecanismos de controle punitivista e/ou higienistas inerentes ao proibicionismo servem as necessidades do capital por controle, pois, permitem a construção de inimigos. (SOUZA, MANCINI, 2020,p.3).

4. Território em disputa

Quando observamos os atravessamentos citados acima, vemos que o discurso sobre abuso de substâncias é construído através de relações racistas, sexistas e classistas. Desta forma, supõe-se que é um projeto político colocar determinados corpos vulnerabilizados, no lugar da ‘dependência química’. Entretanto, apesar dos avanços que vimos, como os surgimentos de dispositivos como os CAPS AD e de instauração das políticas de Redução de Danos no calendário de políticas públicas brasileiras, entender esses atravessamentos e olhar o sujeito fora da cápsula do “dependente” está longe de ser uma perspectiva hegemônica ou consolidada.

Como exemplo disso trago um acolhimento que fiz no CAPS AD, certo usuário me questiona porque quando vai ao HUB os “especialistas” de lá dizem que ele precisa ser internado em uma CT para se cuidar e quando vem ao CAPS os “especialistas” de cá dizem que o mesmo não vai melhorar sempre se internando, que os seu cuidado “se dão em liberdade”. Campos (2007) traz que para conseguirmos promover cuidado e autonomia em serviços de saúde é preciso “apego à missão de curar, reabilitar, prevenir e promover saúde, sempre procurando estender ao máximo o limite imposto pelas circunstâncias” (p.245). E é justamente as enormes divergências dentro da perspectiva do que seria “promover saúde” que se encontram as brechas para diferentes construções de narrativas perante ao usuário.

Recentemente o prefeito da cidade de São Paulo anunciou apoio irrestrito, tanto técnico como financeiro, para viabilizar e acelerar as próximas fases da vacina “anti-cocaína”, que serão capazes de produzir anticorpos contra a cocaína e que poderão custar, inicialmente, R\$ 4 milhões. Junto disso, segundo levantamento das revistas Brasil de Fato (2022) e G1 (2022), nos últimos 4 anos, segundo relatório do Cebrap foram investidos 560 milhões de reais de dinheiro público em Comunidades

Terapêuticas, tendo nesse período um aumento de investimento de 65%, enquanto na mesma época o aumento de financiamento aos CAPS AD vindo dos cofres públicos chegou a apenas 11%. Esses dados nos dizem claramente um incentivo maior do governo em todas suas instâncias em uma perspectiva de cuidado proibicionista, a qual vimos no trabalho que coloca a droga como o grande problema de tudo, mas ao que devemos este cenário?

Além da falta de recursos financeiros, é possível dizer que há um enfraquecimento da rede substitutiva constituída pela RAPS. Wandekoken, Dalbello-Araujo e Sodré (2021) trazem o termo “enCAPSulamento” para descrever o engessamento e a perda de mobiliza o que os CAPS AD vêm sofrendo. Os autores colocam que a falta “[...] de fatores essenciais para a produ o de autonomia de trabalhadores e de usuários no enfrentamento das drogas – como condi oes de trabalho adequadas, salários dignos, profissionais engajados e rede de apoio psicossocial [...]” (p.105) não vem sendo observados dentro dos serviços da rede, gerando grande desestímulo para os profissionais presentes e conseqüentemente para a rede em si.

Junto disso, Rinaldi (2015) nos alerta que:

A proposta de reinser o social presente na reforma, ao ser tomada como um imperativo, pode reduzir a clínica a procedimentos de reabilita o psicossocial, com seu caráter pedagógico e normatizador, a partir da crença na existência de um saber prévio sobre o que   melhor para o sujeito. Mais do que isso, tal estratégia pode conduzir a uma “nova cronicidade”, em conseq ncia da redu o do tratamento do usuário a um programa de assistência social, que dura por toda a vida. (p.316)

Isto  , quando recuperamos o histórico de vulnerabiliza o dos corpos que estão em sofrimento decorrente do abuso de substâncias, e somamos as condi oes cada vez mais engessadas para produ o de um trabalho em rede e humanizado, se constitui uma rede que se encontra enfraquecida. Tal enfraquecimento, gera um isolamento dos dispositivos que por si só, pouco conseguem construir mudanças estruturais e efetivas na produ o do cuidado.

O enfraquecimento da rede de cuidado produz resultados diretos a comunidade, não apenas ao usuário beneficiário da mesma. Podemos observar que no ano de 2014, que segundo dados da prefeitura, quando o programa De Braços Abertos¹ funcionava na região central de São Paulo tivemos uma redu o de 33%

nos furtos da região no período de 12 meses, enquanto no ano de 2022, ano que demarca o início da operação Caronte (operação violenta realizada pela PM de São Paulo contra o tráfico na região central) obtivemos o maior número de furtos no centro de São Paulo desde 2002. O que demonstra que quando enxergamos a demanda do usuário para além da interrupção do uso da substância, produzimos cuidado, quando o encapsulamos em um sujeito que apenas é passivo, buscamos o controlar.

5. Conclusão

O uso de drogas, sejam elas legais ou ilegais, não é uma problemática nova, tampouco as estratégias e dispositivos os quais buscam lidar com isso. Entretanto, a relação com a droga jamais ocupou um lugar tão estruturante em nossa maneira de pensar o território e a comunidade. É possível perceber então, que o avanço do neoliberalismo e da disparidade social vem sendo responsável por aumentar o número de sujeitos que estão nas margens. Grandes privatizações, a precarização do mercado de trabalho, os recordes de desemprego, a pandemia do COVID-19 e a dificuldade de garantia de direitos fundamentais são algumas condições que Souza (2007) coloca como estruturantes para provocar que sujeitos que estão marginalizados busquem caminhos que são considerados ilegais enquanto estratégias de sobrevivência.

Com isso, é importante que possamos nos debruçar sobre as estratégias que as classes dominantes e o Estado vão tecendo sobre esses sujeitos, principalmente aumento do encarceramento e estabelecimento de controle sanitário social (WACQUANT, 2013). Esse controle, não se dá apenas através do aumento da violência física direta, como podemos perceber nas grandes operações policiais, mas fundamentalmente nos controles da narrativas e discursos, que tecem as violências sutis, legitimando dispositivos de controle, enfraquecimento das redes de cuidado e impossibilidade de subjetivação e emancipação dos corpos.

Essas violências se estruturam não apenas nas consolidações e investimentos em dispositivos de caráter manicomial, como as Comunidades Terapêuticas, mas também no enfraquecimento da RAPS, encerrando programas

como a Núcleo de Apoio à Saúde da Família e isolando os CAPS Ad como único dispositivo responsável pelo cuidado dos sujeitos em sofrimento relacionado ao abuso de drogas. Com isso, é fundamental que enquanto agentes dessa rede, procuremos ter sempre em cena os atravessamentos e as múltiplas condições que levam os sujeitos a este cenário, nunca os enxergando enquanto sujeitos sem voz e reféns da lógica biomédica. Como Rinaldi (2015) aponta, não podemos perder de cena a individualidade na clínica do sujeito, precisamos enxergar também o campo micropolítico do desejo, pois caso contrário enquadraremos o sujeito em

“[...] um cardápio de atividades que supostamente possibilitaria sua reabilitação, a partir de demandas que não são suas, atropelando o sujeito e, desta forma, reforçando a sua posição de objeto frente ao Outro. Nesse caso, o tratamento se resumirá a um adestramento para o laço social que não poderá ser sustentado de forma ativa por esse [...]”

Por fim, para construirmos de fato um compromisso de cuidado com o usuário é fundamental que possamos nos implicar não em saídas que culpabilizam e enquadrem o sujeito, mas que possamos entender suas demandas individuais perante a um cenário macrossocial. Não há resposta individual para estruturas coletivas, é fundamental que pensemos estratégias referentes a acesso a cidade, à cultura e que envolvam a comunidade e transformem as redes de cuidado presentes. Dessa maneira, segue como um desafio pensarmos como construir políticas que não só promovam a tolerância dos sujeitos desviantes, mas sim sua cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Y. A. **Jamais fomos zumbis: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo**. 2015. 361 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BITTENCOURT, Ligia Maria. **Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1986.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2197**, de 2004. Brasília, 14 out. 2004.

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

_____. Decreto n.2632. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências**. 19 de junho de 1998

_____. Decreto n.3.696. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências**. 21 de dezembro de 2000

_____. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Política Nacional da Questão das Drogas**. Brasília: Ministério da Justiça. 1988

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde**. In: MERHY,

Emerson Elias; ONOCKO-CAMPOS, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229- 265.

CESEC. **Imposição da fé como política pública**: as comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SC Assessoria Editorial, 2022.

CIVIL, Polícia. **Polícia Civil realiza 'Operação Caronte' contra o tráfico de drogas.** 2022. Disponível em: https://www.policiacivil.sp.gov.br/portal/faces/pages_home/noticias/noticiasDetalhes?collectionId=358412565221059036&contentId=UCM_066016&rascunhoNoticia=0&_adf.ctrl-state=zi4dglzi2_4&_afLoop=1006496691800228&_afWindowMode=0&_afWindowId=null#!%40%40%3F_afWindowId%3Dnull%26collectionId%3D358412565221059036%26_afLoop%3D1006496691800228%26contentId%3DUCM_066016%26rascunhoNoticia%3D0%26_afWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3Dbrpe0i775_4. Acesso em: 01 jul. 2023.

COMUNICAÇÃO, Secretaria Especial de. **Prefeitura faz parceria com UFMG para desenvolver vacina contra vício em crack e cocaína.** 2023. Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-faz-parceria-com-ufmg-para-desenvolver-vacina-contravicio-de-crack-e-cocaina>. Acesso em: 01 jul. 2023.

COMUNICAÇÃO, Secretaria Especial de. **Programa "De Braços Abertos" completa um ano com diminuição do fluxo de usuários e da criminalidade na região.** 2014. Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/programa-de-bracos-abertos-completa-um-ano-com>. Acesso em: 01 jul. 2023.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica**: Teoria, Modelo e Método. Ed. Loyola, 2003;

DIAS, Paulo Eduardo. **Furtos e roubos disparam em região do centro de São Paulo próxima da cracolândia.** 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/12/furtos-e-roubos-disparam-em-regiao-do-centro-de-sao-paulo-proxima-da-cracolandia.shtml>. Acesso em: 01 jul. 2022.

DUDLEY, R. **The Drunken Monkey**: Why We Drink and Abuse Alcohol. California: University of California Press, 2014. 154p

FANTÁSTICO. **Comunidades terapêuticas têm recebido cada vez mais dinheiro público, repassado por municípios, estados e pela União.** Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/20/comunidades-terapeuticas-tem-rec ebido-cada-vez-mais-dinheiro-publico-repassado-por-municipios-estados-e-pela-unia o.shtml>. Acesso em: 01 jul. 2023.

FOUCAULT, M. **Sobre a História da sexualidade.** Microfísica do poder. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243–227.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso.** São Paulo: Loyola, 1996.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. 21: **PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS.** Distrito Federal: Ipea, 2017.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MENEGAT, Marildo. O sol por testemunha. In: MALAGUTI BATISTA, Vera (org.). **Loïc Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal.** Rio de Janeiro: Revan, 2012.

MONCAU, Gabriela. **Financiamento público às Comunidades Terapêuticas cresce e põe em risco a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/05/18/financiamento-publico-as-comunidades-t erapeuticas-cresce-e-poe-em-risco-a-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 01 jul. 2023.

PAZ, Instituto Sou da. **67,7% DOS PRESOS POR TRÁFICO DE MACONHA TINHAM MENOS DE 100 GRAMAS DA DROGA.** Disponível em: <https://soudapaz.org/noticias/materias/677-dos-presos-por-trafico-de-maconha-tinha m-menos-de-100-gramas-da-droga/>. Acesso em: 10 junho 2023

RINALDI, Doris Luz. **Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p. 315-323, mar. 2015.

SAFATLE, Vladimir Pinheiro. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico.** São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 2021

SARACENO, Benedetto. **A cidadania como forma de tolerância** . Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, 22(2), 93-101. 2011

SMADS. **RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA AMOSTRAL DO PERFIL SOCIOECONÔMICO**. São Paulo: Qualitest Inteligência em Pesquisa, 2019.

SOUZA, Lucas Nunes Nora de; MANCINI, Marina Valéria Delage Vicente. **O PAPEL DA POLÍTICA PROIBICIONISTA DE DROGAS NA GESTÃO DA POBREZA NO CONTEXTO NEOLIBERAL**. PUCRS. Rio Grande do Sul,. abr. 2020.

SOUZA, Marcos Barcello. **Capitalismo e clandestinidade: os subcircuitos ilegais da economia urbana metropolitana**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2007.

WACQUANT, Loïc. **Marginalidade, etnicidade e penalidade na cidade neoliberal**. Tempo Social, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-164, ago. 2013.

WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; DALBELLO-ARAUJO, Maristela; SODRÉ, Francis. **“EnCAPSulados”**: autonomia e dependência no processo de trabalho em CAPSad. **Fractal: Revista de Psicologia**, Espírito Santo, v. 33, n. 2, p. 100-107, 12 nov. 2021. Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - UFF.