

POLÍTICA DE DROGAS E DE SAÚDE MENTAL: AVANÇO PROIBICIONISTA E DESAFIOS ATUAIS

DRUG AND MENTAL HEALTH POLICY: PROHIBITIONIST ADVANCE AND CURRENT CHALLENGES

Marcilea Tomaz¹

Resumo

Este artigo tem o intuito de problematizar a política de drogas e de saúde mental diante de um retrocesso moral e político no que concerne às respostas governamentais às pessoas em sofrimento mental e aos usuários de drogas no Brasil. Para tanto, o presente artigo contextualiza o histórico da loucura brasileira, desde o enclausuramento, a reforma psiquiátrica e retrocessos atuais. O avanço proibicionista às drogas pode criminalizar os sujeitos e apresenta retrocessos na conquista da política de drogas e de saúde mental.

Palavras-chave: Política de drogas e de saúde mental. Proibicionismo. Questão Social.

Abstract

This article aims to problematize the drug and mental health policy in the face of a moral and political setback regarding governmental responses to people in mental distress and to drug users in Brazil. To this end, this article contextualizes the history of Brazilian madness, from confinement, psychiatric reform and current setbacks. The prohibitionist advance to drugs can criminalize the subjects and presents setbacks in the conquest of the drug and mental health policy.

Keywords: Drug and mental health policy. Prohibitionism. Social issues.

¹ Assistente Social. Especialista Multiprofissional em Saúde Mental – modalidade Residência pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF, Juiz de Fora, Brasil). Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro. Juiz de Fora (MG), CEP: 36.036-900. E-mail: marcilea.jf@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2388-6409>.

Introdução

O debate do proibicionismo, da ‘guerra às drogas’, atualmente se faz presente. A lei 10.216 de 2001, assim como a incorporação da temática das drogas no ano de 2002 para a política de drogas e de saúde mental, no que concerne às práticas de tratamento, tem como horizonte o modelo da atenção psicossocial. Antes o que tínhamos era um modelo hospitalocêntrico baseado na internação em hospitais psiquiátricos, por longos anos, com o objetivo de recuperação.

No entanto, no campo da saúde mental, a partir dos anos 1980, emerge os serviços de atenção à saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de lógica comunitária, extra-hospitalar e territorial. Esse modelo assistencial, possui como modo de cuidado a redução de danos as pessoas em uso prejudicial e tem como cunho a sua abordagem antiproibicionista. Dessa forma vai na contramão das ações proibicionistas, seja pelo modelo moral/criminal que veem o consumo de drogas com um problema, na busca do encarceramento dos imorais, objetivando a redução da demanda por drogas e por uma sociedade livre de drogas em que a abstinência seja o único objetivo. A “Guerra as Drogas”, de fato, não se refere a uma guerra contra as drogas, mas as pessoas que não se encontram na situação de pobreza.

Desenvolvimento

O uso de drogas surgiu desde o início das primeiras civilizações o homem já estava familiarizado como as drogas e seus efeitos. Na segunda metade do século XIX, com o desenvolvimento da ciência, das indústrias obtiveram a descoberta de drogas mais potentes, não prevalecendo somente as de extratos naturais. As indústrias diante dessas descobertas passaram a produzir diversas outras drogas que prometiam efeitos estimulantes maiores do que de qualquer outros.

Porém, foram nos primeiros anos do século XX que passou a proibir o uso de psicoativos. Diversas são os debates existentes em relação ao momento em que iniciou a criminalização do uso de drogas e suas motivações, muito em aspectos variados como religioso, moralista, político.

Segundo Salo de Carvalho (2010, p. 11):

A origem da criminalização (das drogas), portanto, não pode ser encontrada, pois inexistente. Se o processo criminalizador é invariavelmente processo moralizador e normalizador, sua origem é fluida, volátil, impossível de ser adstrita e relegada a

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

objeto de estudo controlável.

Estabelecer quando e onde se iniciaram as primeiras vedações ao consumo de drogas é difícil, principalmente quando analisamos individualmente cada nação. No âmbito internacional, pode-se afirmar que foi no ano 1909 o início das regulamentações acerca de drogas. Neste mesmo ano, ocorreu o primeiro encontro entre países para discussão de limitações ao ópio e seus derivados, a conferência de Xanguai, que ocorreu nos Estados Unidos. O encontro estabeleceu recomendações genéricas acerca da diminuição do consumo de opiáceos e trouxe características principais do início do proibicionismo nos Estados Unidos da América (EUA), a permissão do uso dessas substâncias apenas para fins medicinais, ficando vedada qualquer outra finalidade (RODRIGUES, 2004).

Ainda que, com o passar do tempo, o proibicionismo ganhasse mais força na política interna norte-americana e na política internacional de controle às drogas, entre os anos 1920 e 1933 houve dúvidas em relação a esse modelo político. No entanto, nos anos 1970 houve a consolidação da repressão às drogas, com a declaração literal “Guerra às Drogas”. Nos primeiros anos dessa guerra o foco das ações se deu ao tratamento e à prevenção, criando mais clínicas de tratamento para os dependentes químicos, entretanto, há que se ressaltar que em muitos casos o tratamento se dava de forma compulsória, ignorando a vontade ou não dos usuários em buscar ajuda.

A força política dos EUA fez com que esse modelo se disseminasse pelo mundo inteiro, tendo, ainda hoje, muita força entre os países latino-americanos, entre eles o Brasil, que tem na sua principal política de enfrentamento às drogas as raízes conservadoras do proibicionismo norte-americano. Observa-se que as consequências da criminalização no campo das drogas podem ser presenciadas nas sociedades contemporâneas através do crescimento do tráfico de drogas, da violência, da corrupção e, principalmente, da marginalização dos usuários das drogas consideradas ilícitas, que passam a ser alvo da repressão e perdem visibilidade pública, o que os afasta dos serviços de saúde, dos equipamentos sociais e educacionais. Diante disso, é possível constatar que a criminalização não tem contribuído para reduzir os danos sociais e de saúde associados ao uso de drogas e, em muitos casos, tem contribuído para o seu aumento, já que a clandestinidade do uso de algumas drogas impede sua visibilidade política e pública, elementos necessários para construir e discutir respostas no âmbito das políticas sociais (BRITES, 2006).

No Brasil, o início da regulamentação de uso, porte e comércio de substâncias entorpecentes surgem ainda quando o Brasil era colônia. No entanto, em 1915 que o Brasil

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

estabelece controle sobre a venda de drogas como ópio, morfina, heroína e cocaína, permitindo seu uso apenas para fins medicinais. Com a expansão do ideário proibicionista, iniciada no EUA, ano 1919, as autoridades brasileiras entendem que é chegado o momento de se revisar a regulamentação das drogas. Assim, pela primeira vez no Brasil, foi decretado que aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias, sem autorização, e sem as formalidades prescritas, estaria sujeito à penalização.

A política da década de 1930, governo assumido por Getúlio Vargas – o Governo Provisório deu início a um período de modificação das estruturas arcaicas da República Velha, diante dos precários resultados da repressão às drogas, obteve uma abertura a venda e ao uso dessas substâncias entorpecentes², mas foram incluídas também formas de sancionar o tráfico através de pena de prisão e multa. Nesta mesma década, não criminalizava o porte de drogas para uso pessoal, mas como o uso não tinha finalidade medicinal, este usuário era considerado uma pessoa doente e, assim, estava sujeito à internação compulsória em clínica de recuperação. Essa internação é caracterizada pelo controle do uso de substâncias psicotrópicas na época, apoiada no controle médico-social (CARVALHO, 2011).

Dessa forma, no início do século XX teve uma gradual transição da liberação para regulamentação do uso de substâncias entorpecentes, havendo na época poucas leis sobre o tema. Assim, podemos afirmar que é a partir da década de 1940 que o proibicionismo ganha força no Brasil. Neste momento, o Brasil entra na tendência mundial, assumindo um caráter punitivo àqueles que se envolvessem com substâncias entorpecentes, esses sujeitos eram vistos como criminosos (quem comercializava) ou doentes (os consumidores). Período este, caracterizado pelo entendimento de que prevalecia uma descriminalização do uso de drogas, pois os usuários eram considerados pessoas doentes que necessitavam de tratamento e não encarceramento. A repressão punitiva era exclusiva no comércio dessas substâncias e os sujeitos envolvidos. O Brasil passa por uma fase sem mudanças significativas, os traços históricos da formação da sociedade brasileira articulados à manipulação ideológica, liderada pelos EUA, da ameaça comunista nos países periféricos do capitalismo, à identificação por parte de parcela da elite de tendências perigosas de mudanças no Governo Goular (1961-1964) levaram a construção de um pacto contra-revolucionário e reacionário que culminou no golpe militar de 64 (Netto, 1991).

Nesse contexto vieram à censura, os tribunais de exceção, a supressão de direitos

² Naquela época ainda se utilizava a expressão substância tóxica ou venenosa, pois a expressão substância entorpecente é um conceito construído a partir do século XX.

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

humanos e individuais. Ao aproximar a presente discussão com a sociabilidade burguesa, implica identificar algumas mudanças operadas no modelo de acumulação do capital a partir da década de 1970, que resultou na chamada mundialização da economia, e tem na reestruturação produtiva e nas políticas de corte neoliberal sua sustentação. E é a partir desta década que observamos um aumento na produção e no consumo de drogas (lícitas e ilícitas) nas sociedades atual e a configuração do uso de drogas como um problema de saúde pública (BASTOS, 1998).

Mudanças referentes ao processo de acumulação do capital acontecem a partir da década de 1970, com a transição do fordismo à acumulação flexível. A acumulação flexível combina alta tecnologia de informação em sua base produtiva; incorporação no processo produtivo do conhecimento científico como diferencial de competitividade; produção em pequenos lotes; crescimento do capital financeiro; fragmentação, heteroginização e precarização da classe trabalhadora (ANTUNES, 1995); aumento do desemprego estrutural, desregulamentação e flexibilização dos contratos de trabalho; terceirização e subcontratação; intensificação da produção e da circulação de mercadorias; aumento do setor de serviços; ajustes fiscais e desmonte do sistema de proteção público estatal (HARVEY, 1996). As mudanças realizadas no interior do processo produtivo pela acumulação flexível levaram a expressivas transformações na esfera da reprodução social. Assim, nesta década a perspectiva de controle e de repressão recaí, de forma mais acentuada e ampla, sobre o uso de diversas drogas, o que consolida uma tendência mundial de criminalização da produção e do uso de drogas sem finalidade médicas. Um dos efeitos dessa criminalização foi à criação de um mercado internacional de drogas ilícitas, figurando como um dos mercados mais rentáveis na atualidade. O crescimento desse mercado foi impulsionado tanto pela criminalização quanto pela inovação tecnológica na indústria bioquímica, farmacológica e no sistema de transporte e comunicação.

Em relação às respostas sociais e de saúde, no Brasil, sobre o uso das diferentes drogas têm historicamente se alinhado às tendências conservadoras dominantes, com destaque para a legislação brasileira sobre drogas³. O moralismo e o autoritarismo oferecem as bases de legitimidade da vertente proibicionista de “Guerra às Drogas”, liderada internacionalmente pelos EUA em relação às drogas ilícitas. O proibicionismo é moralista, pois diante da

³ Até 2002 a Lei 6.368/76, elaborada durante o regime militar, constituía o marco legal brasileiro na área de drogas. Alguns avanços foram conquistados nas duas últimas alterações legais, Lei 10.409/02 e a Lei 11.343/06, especialmente em relação ao tratamento dados aos usuários de drogas. No entanto, o campo normativo nessa área ainda é bastante polêmico, tanto pelas penas alternativas e indicação judicial de tratamento para o usuário quanto pelo veto a vários dispositivos, o que remete as matérias objeto do veto à Lei 6.368/76.

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

complexidade dos usos fenomênicos de drogas, que resulta da interação de uma diversidade de aspectos e finalidades de natureza sócio-históricas (BRITES, 2006).

No entanto, os últimos anos da década de 1970 e toda década de 1980 o Brasil foi marcado por uma intensa efervescência política que reaproxima os movimentos populares, sindicais, estudantis e segmentos profissionais e da igreja católica, mais combativos, em torno da luta política pela redemocratização da sociedade e de uma por reivindicações pelo reconhecimento de direitos sociais que são formalizados na constituição de 1988. Diante de direitos sociais conquistados pela sociedade brasileira através das lutas políticas conduzidas por movimento, obteve-se a emergência do movimento sanitaria no período de distensão política que culminou com a proposta de Reforma Sanitária, no qual tiveram debates para transformar a concepção e o sistema de saúde no Brasil, obtendo assim, no ano 1990 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que compõe a concepção de Seguridade Social, articulando Saúde, Previdência e Assistência Social.

A concepção de saúde como direito universal e os princípios e diretrizes do sistema único de Saúde contemplados na perspectiva constitucional de Seguridade Social encontram naqueles movimentos suas bases constitutivas. Nesse contexto, ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990, programas e projetos de prevenção ao HIV/AIDS, inspirados pelos resultados alcançados em experiências internacionais, incorporam estratégias de redução de danos, inicialmente entre usuários de psicoativos injetáveis por meio de programas de troca de seringas (BRITES,2006).

Segundo Machado (2006, p. 61):

A política de saúde para usuários de álcool e outras drogas surgiu em um cenário marcado pelo processo de reforma de estado e pelo processo de consolidação do SUS, quando as dificuldades em garantir à população brasileira uma atenção universal, integral e equânime já se faziam presentes. Esse cenário permite uma dupla leitura dessa política, que pode ser compreendida como uma política focal – dirigida a um segmento específico da população – ou como reafirmação de uma política universal – criada para estender um direito social a um segmento que, por motivos diversos, não se beneficiava desse direito.

No entanto, a assistência às pessoas que estão em uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas estiveram ligada à assistência psiquiátrica, marcada pela violação de direitos e pela má qualidade prestada ao usuário. Quando nos referemos a drogas, as substâncias psicoativas reconhecemos que essas satisfazem necessidades que podem ser físicas, culturais, religiosas, ritualísticas, etc., ou seja, essas substâncias acompanham a história do homem.

Neste contexto, o autor Henrique Carneiro (2002, p. 3) afirma:

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, mas quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer. Por isso, as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades.

As drogas (proibidas ou não) são mercantilizadas, produzidas e distribuídas a partir das relações estabelecidas no modo de produção capitalista. A produção em larga escala, modificada técnica e cientificamente, explora mais-valia do trabalho humano, tornando-se um lucrativo negócio. Estabelece-se desta maneira, uma forma particular de trabalho, o qual se materializa na produção, distribuição e venda da droga-mercadoria. Entender as drogas como mercadorias é entender que são produzidas justamente para a satisfação de necessidades de necessidades humanas.

No entanto, afirmo que o proibicionismo e a política de guerra se mostraram um fracasso como política de controle de drogas. Pois a “guerra às drogas” é utilizada como instrumento legitimador para a perseguição aos pobres.

A percepção de que a “guerra às drogas” é uma guerra contra as pessoas é essencial para o nosso trabalho, especialmente quando a guerra se volta aos mais pobres, marginalizados (KARAM, 1997). Os chamados mais pobre me refiro àqueles que se encontram a margem da sociedade, e a guerra às drogas vem na lógica da penalização da pobreza.

Diante disso, compreender a assistência às pessoas que estão em uso prejudicial de álcool e outras drogas se faz necessário. Esta que sempre esteve ligada à psiquiatria, marcada pela violação de direitos humanos e pela má qualidade prestada ao usuário, sendo centrada no modelo hospitalocêntrico.

Diante, da influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada da década de 1980, o Ministério da Saúde, em 1992, através da portaria nº 224/1992 passou a financiar serviços de saúde mental, priorizando o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar. Essa portaria levou a normatização das diretrizes e normas a serem obedecidas para a implementação de Núcleos Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). A aprovação da Lei federal nº 10.216/2001 significou grande avanço no modelo de atenção e de cuidado à saúde mental aberto, de base comunitária e territorial, na medida em que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, na busca do exercício da cidadania.

Contudo, somente em 2002, houve a redefinição no Âmbito federal dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na modalidade II (CAPS AD II), caracterizado

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

como serviço de atenção psicossocial para atendimento de paciente com transtornos relacionados ao álcool e outras drogas.

Na busca pela estruturação da rede de saúde mental, no ano de 2011 foi sancionada a portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Através da portaria definem-se os pontos de atenção da rede de atenção psicossocial: Atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Essa portaria dá ênfase à construção do trabalho em equipe, o usuário e sua família, a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. Para definição das modalidades de CAPS, foi aprovada no ano de 2002 através da portaria nº 336 os CAPS como principal equipamento substitutivo ao modelo hospitalocêntrico.

Contudo, concomitantemente ao presente debate, a Presidência da República, em fórum nacional, lançou a Política Nacional Antidrogas (PNAD), através do decreto nº 4.345 de 2002, que reforçou o substrato proibicionista com o pressuposto de que seria possível uma “sociedade sem drogas”. Como o Brasil não descriminalizou o uso de drogas na Lei nº 11.343, de 2006, a rede assistencial do SUS permanece promovendo cuidado para um sujeito considerado criminoso (LIMA, 2017).

A partir dos anos de 2010, no cenário nacional, onda conservadora se construiu sobre uma midiática epidemia do crack. Diversos atores (da saúde, religiosos) passaram a defender a internação em massa para usuários de crack. Concomitantemente a essa onda conservadora, o poder público e os dispositivos voltados para a questão de drogas, especialmente os serviços de saúde, segurança pública e assistência social enfrentaram desafios. Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, foi implementada, pelo governo Lula, o Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, por meio do Decreto n. 7.179, do ano de 2010, alterada pelo decreto n. 7.637 de 2001 pela presidenta Dilma, que instituiu o Programa Crack, É possível vencer, apoiado em três eixos estruturantes: cuidado, autoridade prevenção (BARCELLOS, 2017).

Diante disso, uma questão a ser avaliada é se essa prática tem proporcionado à redução, o controle e até mesmo a recuperação do usuário de tal droga, considerando que é necessário que se promovam ações adequadas a realidade e ao contexto no qual o usuário esta inserido,

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

através de programas de atenção básica, assim como na construção de uma política abrangente voltada para esse público.

De acordo com Andrade (2011), os programas de atenção Básica em Saúde, que se estabelecem como o principal motor da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de toda a expansão, ainda vêm apresentando uma cobertura inferior a 20% em algumas grandes cidades do país. Nesse sentido, em sua concepção, um fato importante é que quase a totalidade dessas equipes não inclui a atenção ao usuário de drogas em suas ações. Essa baixa cobertura, representa um grave problema para o desenvolvimento das ações dos CAPS AD, da garantia do cuidado de forma integral, e da construção da redução de danos.

Não obstante, torna necessário demarcar a presente conjuntura política de desmonte de direitos, retrocesso, crise moral e política. No que se caracteriza como um significativo embate ao proibicionismo tem-se atualmente a ampliação financeira por parte do governo federal às comunidades terapêuticas, que tem como principais idealizadores, no Brasil, os setores conservadores pertencentes às igrejas neopentecostais, e que vem expandindo no Brasil para atendimento aos usuários de crack e de outras drogas.

De forma complementar, destaca-se no Governo de Michel Temer - 2016, o coordenador nacional da saúde mental, álcool e outras drogas - Quirino Cordeiro Júnior – divulga pelo Ministério da Saúde (MS) uma minuta que desconsidera a Portaria 3088/MS/GM de 2011 (RAPS) e ainda, o Decreto 7.508 de 2011 que define a atenção psicossocial (os CAPS) como uma das portas de entrada do SUS. Entretanto, no documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental, de agosto de 2017 que acompanha a minuta, exclui os CAPS como portas de entrada na Rede e, em substituição, introduzem equipes de Assistência Multidisciplinar de Média complexidade em Saúde Mental (Ament), e a entrada no CAPS apenas por encaminhamento. Outra mudança, na área de álcool e outras drogas, é o financiamento do MS às Comunidades Terapêuticas que atualmente já recebem recursos do Ministério da Justiça como apoio à ‘acolhida’ de usuários de álcool e outras drogas, porém agora reconhecidas pela saúde como possibilidade de atendimento.

Ressalvo aqui a Lei de nº 13.840 sancionada em 5 de junho de 2019, no governo Bolsonaro, que altera as demais leis relacionadas a garantia de cuidado antimanicomial. A presente lei autoriza a internação compulsória de pessoas que fazem uso de drogas, sem a necessidade de autorização judicial, o que representa retrocesso quando se coloca o retorno dessas internações em hospitais gerais, acolhimento em comunidades terapêuticas. Uma prática voltada para o enfrentamento às drogas e financiamento de comunidades terapêuticas, que

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

possui como abordagem o enclausuramento.

O retrocesso da política de drogas e de saúde mental esteve pautado na coexistência paradoxal e contraditória dos dois modelos assistenciais: o hospitalocêntrico e o psicossocial, estes dois existem desde o início do processo da busca pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. É importante destacar diante desse retrocesso, houve resistências por parte de militantes da luta antimanicomial, como a ocupação conhecida como Ocupação Fora Vallencius, na coordenação Geral de saúde mental, álcool e outras drogas, no entanto não foi possível controlar o avanço privatista e manicomial em curso (DUARTE, 2018).

Nesse sentido o modelo de cuidado proposto pelas comunidades terapêuticas (CT) ancora-se no trabalho, disciplina e espiritualidade, combinando saberes técnicos-científicos com práticas espirituais. Dados do IPEA (2017) apontam que a maioria das comunidades terapêuticas está concentrada principalmente nas regiões sul e sudeste, sendo Minas Gerais o segundo estado do sudeste com maior quantidade de CT. Os dados ainda apontam que a maioria das CT encontram-se instaladas nas regiões rurais, as distribuições de vagas segundo o gênero destinam mais de 80% são para pessoas do gênero masculino. No que refere a mulheres existe um discussão sobre estas não aderirem ao programa, e ainda sobre os afazeres domésticos colocadas sob a necessidade delas conduzirem e assim aderiam menos ao tratamento do que os homens. No que refere a orientação sexual diversa da heterossexualidade, é considerado como baixa tolerância, perigo para os outros acolhidos, no sentido de pode oferecer bens, dinheiro em troca de sexo. Ainda assim, associam-se homossexualidade como meio de aquisição de dinheiro para droga. Não só, mas também demonstra a que tipo de sujeitos, sociedade que esse modelo deseja ‘tratar’.

No que refere ao Serviço Social o debate é essencial, pois a expressão “questão social” segundo José Paulo Netto, o qual aponta que “Por ‘questão social’, no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição capitalista”, além disso, o autor pauta-se em Cerqueira Filho (1982, p. 21 apud PAULO NETTO, 2001, p. 17), quando diz que “assim, a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e trabalho”. E em Yamamoto e Carvalho (1998 p. 77), os quais colocam que “a questão social não é se não as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado.

Entender a questão social é elemento essencial para compreendermos a questão da

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

criminalização da pobreza contemporânea, pois os jovens da periferia, pessoas na condição de rua, usuários dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, inseridos na lógica proibicionista são penalizados por duas vias, a primeira mostra-se na negação dos direitos sociais e a segunda, na criminalização que leva a penalização e, muitas vezes, ao encarceramento e enclausuramento.

Conclusão

O sistema capitalista por sua vez tem como monte a penalização da pobreza, e é construído para a satisfação das necessidades do modo de produção e das ideologias políticas que o determinam. A sociedade em que vivemos é pautada na desigualdade. A pobreza e a disparidade social não crescem apenas nos países já considerados pobres, pois a crise atinge o centro capitalista. O Brasil importou o ideário proibicionista e aderiu à criminalização dos que se encontram a margem dessa sociedade, portanto, é importante refletirmos como o esse modelo proibicionista, de guerra às drogas, fere diretamente no extermínio das pessoas negras, periféricas, em condição de rua, das pessoas que fogem do padrão estabelecido de gênero, raça/etnia e classe social. Como essas pessoas são tratadas dentro desta guerra social, uma guerra contra os pobres, não contra a pobreza. E, enquanto toda a política de criminalização é efetivada, muitos morrem pelo extermínio. Assim, refletir sobre o viés antiproibicionista se faz mais que necessário. Um antiproibicionista que contenha como pauta a emancipação, construir a criticidade juntos/as e como tem sido esse acesso aos direitos sociais.

Referências bibliográficas

ANDRADE. T. M. de. **Reflexões sobre políticas sobre drogas no Brasil**. Revista Ciência e Saúde coletiva, v. 16, n. 12, p. 4.665-4.674, 2011.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 3^a ed., 1995.

BARCELLOS. W. S. **As políticas sobre drogas e os desafios recentes ao Proibicionismo**. In: Serviço Social, saúde mental e drogas organizado por Marco José de Oliveira Duarte,

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes. – Campinas: Papel Social, 2017.

BASTOS, Francisco. Inácio et al (org.). Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública.

Brasília: Ministério da Saúde Coordenação de DST e AIDS, 1998.

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

BRITES, C. M. **Ética e uso de drogas- uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2006.

CARNEIRO, Henrique S. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. Outubro, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil**; A construção de uma política nacional. Trabalho apresentado na VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós Graduação em História/UERJ. Rio de Janeiro, 2011. p. 10. 376.

CARVALHO, Salo de. **A Política Criminal de Drogas no Brasil**: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06. 5ª. edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago./dez., 2018.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 6ª ed. , 1996.

IPEA. **Nota Técnica. Perfil das comunidades terapêuticas**. 2017. Acesso em 28 de maio de 2019.

Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais

KARAM, Maria Lucia. **Drogas: o processo legislativo.** In: RIBEIRO, Maurides de Melo; SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). Drogas: hegemonia do cinismo. São Paulo: Memorial, 1997.

LIMA, R. C. C. **A rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil e em Portugal:** Notas comparativas. In: Serviço Social, saúde mental e drogas organizado por Marco José de Oliveira Duarte, Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes.— Campinas: Papel Social, 2017.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Belo Horizonte, 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós64. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3. ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2001. RODRIGUES, Thiago. Política de Drogas nas Américas. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.