

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RENATA CRISTINA MARQUES BOLONHEIS RAMOS

Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas

Maringá
2012

RENATA CRISTINA MARQUES BOLONHEIS RAMOS

Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Lucia Boarini

Maringá
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R175c	<p>Ramos, Renata Cristina Marques Bolonheis Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas / Renata Cristina Marques Bolonheis Ramos. -- Maringá, 2012. 129 f. : il.</p> <p>Orientador^a: Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Boarini.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.</p> <p>1. Psicologia. 2. Dependência química. 3. Drogas - Usuários. 4. Higiene mental. I. Boarini, Maria Lucia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDD 21.ed. 150</p>
-------	---

RENATA CRISTINA MARQUES BOLONHEIS RAMOS

Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Lucia Boarini
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof^ª. Dra. Roselania Francisconi Borges
DPI/Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 19 de novembro de 2012.

Local da defesa: Bloco H35, sala 04, campus da Universidade Estadual de Maringá.

Aos meus pais, Marto e Maria Genice, a quem devo a minha vida e grande parte do que sou hoje.

Ao Fabiano, cujo amor e apoio facilitaram a minha caminhada.

À minha irmã Simone, minha amiga e meu exemplo.

AGRADECIMENTOS

Especialmente à Professora Dra. Maria Lucia Boarini, pela constante dedicação e paciência com que me orientou. Sua amizade e valiosos ensinamentos, que vão muito além da academia e que certamente carregarei por toda a vida, fizeram toda a diferença.

À Professora Dra. Roselania Francisconi Borges, pelas importantes discussões, apoio e confiança no decorrer desses anos.

Ao Professor Dr. Marcelo Kimati Dias, pelas fundamentais contribuições e por aceitar prontamente fazer parte dessa banca.

Aos Professores Dr. Silvio Yasui e Dra. Lucia Cecília da Silva, por concordarem em serem suplentes.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UEM, que sem o trabalho de cada um, o meu trabalho não seria possível.

Aos colegas do mestrado, que com eles pude dividir as angústias e multiplicar o aprendizado.

Aos participantes da Comissão de Saúde do Conselho Regional de Psicologia 8ª região – subsede Maringá – que me ajudaram a entender a importância da coletividade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fornecimento de bolsa de estudos.

À Assistente Social Katia Cataline Malheiro Curiel e demais funcionárias do CRAS de Marialva, pela compreensão que sem dúvida facilitou a dedicação a este trabalho.

Ao Antonio Carlos Marques, que além de tio e colega de trabalho, é um grande amigo.

Aos meus avós, tios, primos, sogros, cunhados e sobrinhos, cuja existência, material ou não, fazem-me perceber o valor de nossas raízes e de nossa própria história.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

“Não é mostrando que o álcool embrutece e mata que se corrigirá o ébrio. O que é preciso é devolver a esse pobre homem a vontade de viver”.

(Penafiel, 1925, p. 15).

Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas

RESUMO

Observamos nos últimos anos uma retomada das discussões sobre o uso do álcool e outras drogas, não só no Brasil, mas em diversos países do mundo. De fato, a questão constitui atualmente uma grande problemática, que tem sensibilizado a opinião pública e chamado a atenção da mídia, sendo muitas vezes tratada de forma superficial e imbuída de estigmas e preconceitos. Com isso, inviabiliza-se o debate democrático e se desvincula o problema de seu contexto e desenvolvimento sócio-histórico. Nesse sentido, queremos dizer que o uso de substâncias psicoativas não é uma questão da atualidade, haja vista, por exemplo, a mobilização dos higienistas junto à *Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)* no início do século XX. Muitos foram os investimentos e as campanhas dessa entidade à causa do combate ao alcoolismo na sociedade brasileira. Assim, o presente estudo tem por objetivo destacar a relação entre os pressupostos defendidos pelos higienistas na primeira metade do século XX acerca do uso de substâncias psicoativas, as atuais políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil e as propostas de intervenção das comunidades terapêuticas (CT) na atualidade. Enfocamos nosso estudo em tais entidades, pois as mesmas, que até o ano de 2010 não faziam parte da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), foram incluídas na rede de atenção psicossocial, o que tem alimentado várias polêmicas e discussões por parte de entidades e categorias interessadas no assunto. Para atender ao objetivo proposto, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental com materiais que abordam a questão do álcool e outras drogas, desde o início do século XX até as discussões atuais, com enfoque nas comunidades terapêuticas. No desenvolvimento desse estudo foram realizadas leituras e análises inspiradas na vertente do materialismo histórico. Assim, foi possível identificar aproximações entre o tratamento proposto pelos higienistas e pelas comunidades terapêuticas da atualidade. A título de conclusão, podemos dizer que quase um século se passou desde que os higienistas iniciaram a sua marcha contra o álcool e o problema parece se agravar continuamente. Diferentes forças, interesses, necessidades, de cunho político, econômico, social vêm tecendo a complexa história da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. E se os problemas são produzidos pelo conjunto da sociedade, é desse conjunto que deve partir a

solução, embora a história nos diga que o ônus maior tem sido atribuído aos usuários, às pessoas que os cercam e à saúde pública.

Palavras-chave: Comunidades terapêuticas. Usuários de álcool e outras drogas. Higiene mental. Eugenia. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

Therapeutic communities: “new” hygienist proposals and perspectives

ABSTRACT

Lately, we have observed a retaking of the discussions on the use of alcohol and other drugs, not only in Brazil, but in several countries of the world. In fact, nowadays the subject represents a great problem, which has been sensitizing the public opinion and calling the attention of the media, being a lot of times treated in a superficial way, with lots of prejudice. With that, the democratic debate is made unfeasible and the problem is deviated from its context and socio-historical development. In this sense, we want to say that the use of psychoactive substances is not a subject of the present time, as we can see for instance, the mobilization of the hygienists along with the *Brazilian League of Mental Hygiene (LBHM)* in the beginning of the XX century. Many were the investments and the campaigns of that entity against alcoholism in the Brazilian society. Thus, the present study has the objective to highlight the relationship between the presuppositions defended by the hygienists in the first half of the XX century concerning the use of psychoactive substances, the current public politics on alcohol and other drugs in Brazil, and the proposals of intervention of the therapeutic communities (CT) at the present time. We focused our study in such entities, because the same ones which, until the year of 2010 were not under the Basic Health System (SUS) were then included in the net of psychosocial attention what has caused controversies and discussions on the part of entities and categories interested in the subject. To reach the proposed objective, we accomplished a bibliographical and documental research approaching the subject alcohol and other drugs, since the beginning of the XX century up to the current discussions, with focus in the therapeutic communities. In the development of this study readings and inspired analyses were accomplished following the historical materialism. It was possible to identify approaches on the treatment proposed by the hygienists and by the therapeutic communities of the present time. As a conclusion, we can say that almost a century has passed since the hygienists began their march against alcohol, and the problem seems worse. Different forces, interests, needs, of political, economic and social scope, are weaving the complex history of the attention to the users of alcohol and other drugs. And if the problems are produced by the society, it is of that group that the solution should come,

even though the history tells that the major charges have been attributed to users, to the people they live with, and to the public health.

Keywords: Therapeutic communities. Users of alcohol and other drugs. Mental hygiene. Eugenics. Public politics on alcohol and other drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Cerveja com receita médica. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 1929	33
Figura 2	O álcool e o aleitamento	34
Figura 3	Álcool e monstros	34
Figura 4	Rainier Beer, 1906	35
Figura 5	Malt Rainier. Publicado no jornal <i>The Argus</i> , em 1909	35
Figura 6	Um amor de cerveja. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 23 de abril de 1932	36
Figura 7	O alcoolismo e a tuberculose	37
Figura 8	O álcool e a loucura	37
Figura 9	Cocaine toothache drops, 1895	38
Figura 10	Smith Glyco-Heroin. Anúncio publicado na <i>International Medical Magazine</i> , em 1902	38
Figura 11	Colombina inofensível. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 8 de janeiro de 1922	39
Figura 12	Remédio para a crise. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 22 de fevereiro de 1936	39
Figura 13	Onze prédios iguais ao Martinelli de cerveja. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 17 de junho de 1936	93

SUMÁRIO

OS TORTUOSOS CAMINHOS DO MERCADO DA “ALEGRIA”.....	12
1 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA.....	19
1.1 Quem eram os higienistas e eugenistas	20
2 QUESTÕES QUE ATRAVESSAM SÉCULOS.....	24
2.1 Da produção artesanal à geração de lucro	24
2.2 Contextualizando a preocupação dos higienistas	26
2.3 O que diziam os higienistas e eugenistas sobre o alcoolismo e as toxicomanias	28
3 ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE.....	41
3.1 Números sobre o consumo de álcool e outras drogas na atualidade	41
3.2 Algumas leituras atuais sobre o fenômeno	43
4 O QUE DIZEM OS DOCUMENTOS OFICIAIS.....	47
4.1 Políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil: décadas de 1970 a 2000 ...	47
4.2 A importância das Conferências Nacionais de Saúde Mental	52
4.3 As atuais políticas públicas sobre álcool e outras drogas	54
4.4 A perspectiva da redução de danos	58
5 A CONVERSÃO INSTITUCIONALIZADA.....	62
5.1 Considerações gerais sobre as comunidades terapêuticas	62
5.2 As comunidades terapêuticas junto às políticas públicas de saúde no Brasil	67
5.3 As críticas ao modelo	70
5.4 As polêmicas em curso	73
6 DISCUSSÕES QUE ATRAVESSAM DÉCADAS.....	76
6.1 Perspectivas sobre os usuários de substâncias psicoativas.....	76
6.2 A defesa pela internação prolongada.....	78
6.3 Proibição, medida controversa.....	80
6.4 Um paralelo entre as comunidades terapêuticas e os <i>asyls</i> , colônias e reformatórios.....	82
6.5 Vislumbrando outras possibilidades.....	86
6.6 A droga como mercadoria.....	88
7 O QUE AVANÇAMOS ATÉ O MOMENTO... ..	95
REFERÊNCIAS.....	104
ANEXO	125

OS TORTUOSOS CAMINHOS DO MERCADO DA “ALEGRIA”

“Ao mesmo tempo em que a loucura vai assumindo fisionomias mais familiares que não justificam seu isolamento social, eis que surgem prontos para a clausura manicomial os novos protagonistas”.
(Costa-Rosa, 2012, p. 75).

Observamos nos últimos anos uma retomada das discussões sobre o uso do álcool e outras drogas. De fato, a questão constitui atualmente, não só no Brasil, mas em diversos países do mundo, uma grande problemática e preocupação de diversos setores, como a saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça e trabalho. Os problemas decorrentes do abuso¹ das substâncias psicoativas certamente se manifestam em importantes dimensões. Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2012), aproximadamente 200 mil pessoas morrem a cada ano devido ao uso de drogas ilícitas e 27 milhões apresentam problemas decorrentes desse consumo em todo o mundo. Os números são ainda maiores em se tratando do álcool, cujo uso abusivo resulta em cerca de 2,5 milhões de mortes a cada ano (World Health Organization [WHO], 2012).

Como discute Costa-Rosa (2012), as consequências do uso de drogas, especialmente do crack, “(...) têm chamado a atenção da mídia e sensibilizado como nunca a opinião pública, a ponto de demover governos de sua velha inércia frente ao problema” (p. 75). Ocorre que essa temática tem sido retratada nos noticiários, jornais, revistas e demais meios de comunicação em geral de forma superficial e imbuída de estigmas e preconceitos. Tratar o assunto como uma epidemia grave da atualidade, que, segundo Gomes e Capponi (2012), deve ser combatida com medidas rápidas e enérgicas, parece-nos no mínimo perigoso, pois com isso se inviabiliza o debate democrático e se desvincula a questão do álcool e outras drogas de seu contexto e desenvolvimento sócio-histórico.

Como exemplo de que a preocupação com o uso de substâncias psicoativas não é exclusividade dos últimos anos, temos a mobilização dos higienistas com as campanhas

¹ Os termos *abuso* ou *uso abusivo* utilizados nesse trabalho se referem ao consumo excessivo de qualquer substância, que acarrete danos físicos, psicológicos e/ou sociais para o indivíduo (Brasil, 2004). A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) estabelece ainda quatro categorias entre os usuários de substâncias psicoativas: experimental, ocasional, habitual e dependente (Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo [IMESC/SP], 2009). Ressaltamos, contudo, que não focaremos em nosso estudo essa e outras distinções nos modos de consumo das substâncias psicoativas e nos encaminhamentos dados aos usuários em cada caso.

antialcoólicas, junto à *Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)*² no início do século XX. A dedicação dessa entidade à causa do combate ao alcoolismo na sociedade brasileira era tão grande que ela era chamada por muitos de *Liga Antialcoólica*. Como dizia Camargo (1944b), “nos dispensários da Liga Brasileira de Higiene Mental, inteiramente gratuitos, qualquer pessoa encontrará o conselho e a orientação de que necessite, para o combate do alcoolismo” (p. 89).

Nesse período, o crescente processo de industrialização no Brasil, acompanhando a tendência do mundo ocidental, trazia riqueza e, paralelamente, desigualdade social, miséria e muitas mazelas, as quais se tornavam motivos de preocupação para aquela sociedade. Dentre esses problemas estava o aumento do consumo do álcool e a intensificação de suas consequências (Caldas, 1930; E. Lopes, 1930b). Vale acrescentar que, embora os higienistas manifestassem sua preocupação em relação ao consumo de outras drogas, como o ópio, a cocaína e a morfina (Bittencourt, 1935; C. Lopes, 1934), elas não constituíam o foco de sua atenção, uma vez que o consumo dessas substâncias era muito inferior em relação ao uso do álcool e, até o início do século XX, muitas delas eram utilizadas para fins terapêuticos, como era o caso do ópio e da coca.

Dentre as atividades da LBHM, destacamos as campanhas antialcoólicas, por meio das quais eram realizadas palestras, reuniões, conferências junto à imprensa, aos grupos escolares, faculdades, colégios, quartéis, indústrias, igrejas e outros ambientes públicos, no intuito de promover a educação sobre os males provocados pelo álcool, formas de prevenção e tratamento, além de discutir medidas de regulamentação e proibição da fabricação, comercialização e consumo dessa substância (Kehl, 1931b).

Assim, o trabalho desenvolvido pelos higienistas no início do século XX, no que tange ao álcool e outras drogas, indica-nos que precisamos avançar nas discussões e no enfrentamento dessa situação, dado o seu histórico, abrangência e complexidade. Como defendido pelo Conselho Federal de Psicologia (2011d), “(...) a urgência do tema não pode prescindir da amplitude de nossas discussões” (p. 12). Isso porque, se por um lado temos as consequências desse consumo atropelando o cotidiano de todos, por outro verificamos a mobilização descompassada de governos municipais, estaduais e federais e de diversas áreas da sociedade civil em torno da questão, conforme discutem Pitta (2011) e T. M. Andrade (2011).

² A LBHM foi fundada em 1923, no Rio de Janeiro, por profissionais de diversas áreas, especialmente da medicina, liderados pelo psiquiatra Gustavo Riedel; tinha como objetivo principal a melhoria na assistência aos doentes mentais (Liga Brasileira de Higiene Mental [LBHM], 1925b).

Segundo Delgado, Macedo, Cordeiro e Rodrigues (Brasil, 2004), a destituição da responsabilidade do Estado em relação às políticas sobre álcool e outras drogas é histórica e estrutural: as legislações cedem às pressões do mercado e a rede pública de saúde ainda reage de forma inadequada ao problema, com a manutenção das instituições que promovem a segregação e isolamento dos usuários.

Frente à vulnerabilidade social e às carências no âmbito da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas economicamente, especialmente daquelas que fazem uso de drogas ilícitas, as iniciativas de governos federais, estaduais e municipais, ao lançarem planos, decretos, portarias relativas à política de álcool e outras drogas, constituem passos importantes no enfrentamento desse problema. No entanto, como discute T. M. Andrade (2011), essas políticas vêm sendo instituídas “(...) num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações comunitárias junto aos usuários de drogas” (p. 4668).

Podemos complementar essa ideia com Marques (2012), ao defender que o problema das drogas precisa ser resolvido a partir da parceria entre Município, Estado e União. A falta de diálogo entre essas instâncias, nos âmbitos da saúde, segurança pública e assistência social, tem gerado ações caóticas, como as observadas nas medidas de combate ao crack iniciadas em janeiro de 2012, no município de São Paulo na chamada Cracolândia, onde a polícia age sem compreender a sua verdadeira função e os propósitos que se evidenciam são, segundo Maierovitch (2012), a limpeza do território e a dispersão dos “indesejados” para uma periferia mais distante.

Tomando então como referência a saúde pública, que constitui área de pesquisa do presente estudo, diante do cenário brevemente apontado, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas apresenta-se como um dos maiores desafios aos serviços públicos de saúde, tanto em relação à oferta como à qualidade dos tratamentos disponíveis (Raupp, Fefferman, & Morais, 2011).

No entanto, Delgado (2011) nos alerta que, apesar da gravidade da situação, não podemos usar o terror e o pânico, gerados pela questão do crack, álcool e outras drogas, para legitimar a internação prolongada, própria da ultrapassada cultura manicomial. De acordo com Pitta (2011), pesquisas nacionais e internacionais têm indicado níveis de efetividade individuais e sociais maiores para os tratamentos comunitários, quando comparados aos tratamentos com restrição de liberdade.

Aliás, desde o final do século XIX, formas alternativas ao tratamento manicomial já eram defendidas por algumas correntes de pensadores da época. Para exemplificar, em 1934 o

médico italiano Giuseppe Vidoni, em seu artigo *Alguns apontamentos sobre a actividade assistencial paramanicomial*, defendia as vantagens das ações da higiene mental fora dos manicômios, em contato com todos os outros ramos da medicina. No mesmo ano, o vice-presidente da *Liga Paulista de Higiene Mental*, Dr. James Ferraz Alvim, publicou nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM) um artigo sobre a eficiência de alguns serviços abertos para doentes mentais no Brasil e em outros países (J. F. Alvim, 1934).

Apesar de essa luta ser antiga, se a sociedade não dispõe de serviços de atenção psicossocial em número adequado e que funcionem 24 horas por dia, se essa rede ainda é insuficiente para a demanda levantada pelas consequências do abuso das drogas lícitas e ilícitas, a internação e o isolamento acabam encontrando aceitação social junto às instituições que as promovem, como os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas (Delgado, 2011).

Dando destaque a essas últimas, sabemos que existem vários conceitos sobre comunidades terapêuticas, conforme nos lembra De Leon (2003). No Brasil, em geral, elas são instituições não governamentais que se iniciaram na década de 1970 para tratamento de pessoas que sofrem com a dependência química. Normalmente, esse tratamento ocorre com a internação do usuário, durante alguns meses, em comunidades organizadas para esse objetivo, longe das pessoas de seu convívio familiar e social. Os organizadores buscam manter o ambiente livre de substâncias psicoativas e estruturar uma forma de tratamento em que o paciente é considerado responsável por sua própria cura. Nessas instituições, trabalha-se com regras, limites e funções bem delimitadas (Alves, 2009; Pozas, 1998).

No Brasil, as comunidades terapêuticas, até o ano de 2010, estavam ligadas somente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS)³, não fazendo parte da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, tendo em vista o avanço do problema das drogas no país - especialmente do crack -, a rede de atenção psicossocial incompleta e as pressões da sociedade em geral clamando por uma solução, o Ministério da Saúde estipulou o apoio financeiro com recursos do SUS a projetos de utilização de leitos de acolhimento para usuários de crack e outras drogas nas comunidades terapêuticas, conforme estabelecido no Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS. Em 30 de junho de 2011, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29,

³ A Norma Operacional Básica – NOB/SUAS - orienta sobre as ações da rede socioassistencial de proteção básica e especial, na qual se enquadram os serviços voltados aos usuários de substâncias psicoativas. A relação entre essas entidades e o SUAS se dá através do reconhecimento das mesmas, pelo órgão gestor, como parceiras das políticas públicas de assistência social, estando elas inscritas e certificadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (Brasil, 2005b).

que veio reforçar o apoio a essas instituições, estabelecendo requisitos mais adequados à realidade das mesmas. E em dezembro de 2011, as comunidades terapêuticas foram oficialmente incluídas na rede de atenção psicossocial, através da Portaria nº 3.088 (2011).

Além disso, na busca de solução para o problema do álcool e outras drogas que se agrava e ganha cada vez mais visibilidade, o Governo Federal lançou ainda no final de 2011 um novo plano de ações, com o slogan “Crack, é possível vencer”, que visa fortalecer o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, lançado em 2010 através do Decreto 7.179 (2010). Tais ações devem estar concentradas em três eixos - cuidado, autoridade e prevenção (Brasil, 2012a). Conforme relato do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no lançamento desse novo plano em 07 de dezembro, em meio a essas ações fica prevista a internação compulsória de usuários de drogas, que deverão ser avaliados por uma equipe médica (Agência Brasil, 2011).

Municípios como Rio de Janeiro e São Paulo têm aplicado tais medidas, através de projetos que partem do pressuposto de que os dependentes são considerados civilmente incapazes pela legislação vigente e de que os adolescentes viciados não teriam capacidade para decidir o que fazer sobre suas vidas (Gallo & Hashimoto, 2011).

O apoio e financiamento às comunidades terapêuticas, bem como os encaminhamentos de usuários para internação compulsória⁴, têm alimentado várias polêmicas e discussões por parte de entidades e categorias interessadas no assunto, das quais fazem parte profissionais, estudiosos e autoridades, principalmente das áreas da saúde, justiça e assistência social. Tais discussões, inclusive, levantam que, em algumas situações, as medidas que vêm sendo tomadas em torno dos usuários de drogas constituem ações de caráter higienista (Maierovitch, 2012; Sadi & Nublat, 2011), reforçando o quão atual é a relação desse ideário com a questão do álcool e outras drogas.

Considerando o exposto, o presente estudo tem por objetivo apontar a relação entre os pressupostos defendidos pelos higienistas na primeira metade do século XX acerca do uso de substâncias psicoativas, as atuais políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil, e as propostas de intervenção das comunidades terapêuticas (CT) na atualidade.

O presente estudo se justifica pela importância de se organizar e sistematizar as informações concernentes a essa polêmica, analisando-as em conjunto com a literatura que expressa a forma como o uso do álcool e outras drogas, juntamente com os aspectos decorrentes, eram pensados no início do século XX. Entendemos ser fundamental esse resgate

⁴ A internação compulsória será pontuada em alguns momentos nesse trabalho, mas não constitui foco do presente estudo.

histórico, na medida em que nos possibilita observar e discutir possíveis avanços, limitações e repetições sobre como o Estado e a sociedade contemporânea têm enfrentado essa problemática.

De modo mais amplo, pretendemos que essa pesquisa possa servir como recurso para reflexão sobre as práticas em torno da questão do álcool e outras drogas, especialmente as ações inseridas dentro do campo de conhecimento da Psicologia. Tendo em vista a expansão do abuso das drogas lícitas e ilícitas, parece-nos ser uma exigência deste momento repensar esse fenômeno e as estratégias de enfrentamento dos problemas dele decorrentes.

Utilizamos as considerações ainda atuais de Cruz e Ferreira (2001) para apontar a importância da formação de profissionais de saúde, especialmente voltados à saúde mental, que cada vez mais se deparam no seu cotidiano de trabalho com pessoas envolvidas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. “Atualmente, a insuficiente formação dos profissionais de saúde privilegia os aspectos biológicos – como ocorre nas escolas médicas – ou os psicodinâmicos – como acontece na formação dos psicólogos – deixando uma lacuna que impede a compreensão da dimensão sociocultural da questão” (p. 95).

A presente dissertação faz parte do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e integra os estudos realizados pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenismo (GEPHE), cujo objetivo principal é pesquisar o ideário da higiene mental e da eugenia, significativamente presentes no início do século XX no Brasil, e seus desdobramentos, especialmente nos campos da Saúde e da Educação (GEPHE, 2011).

Tendo em vista o objetivo proposto, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental com materiais que abordam a questão do álcool e outras drogas, desde o início do século XX até as discussões mais atuais, com enfoque nas comunidades terapêuticas. Organizamos o trabalho em seis capítulos, além da introdução e das considerações finais, com os assuntos divididos da forma como se segue.

Na Seção 1 apresentamos a metodologia utilizada para o desenvolvimento desse estudo, descrevendo brevemente o material utilizado e apontando os temas que identificamos por meio da leitura e análise desse material, realizada sob inspiração da perspectiva teórica do materialismo histórico. Nesse mesmo capítulo fizemos uma apresentação inicial sobre quem eram os higienistas e eugenistas, seus ideários, objetivos e ações defendidas.

Na Seção 2 levantamos alguns pontos sobre o uso de substâncias psicoativas na história da humanidade, considerando o modo como esse consumo, que em séculos anteriores

era relativamente limitado a rituais festivos e religiosos, passou a ser frequente e abusivo. Em seguida, destacamos as propostas de intervenção por parte dos higienistas na primeira metade do século XX no Brasil sobre o uso dessas substâncias, especialmente o álcool, que na época tinha uma abrangência e consequências muito mais sérias se comparado às outras drogas.

A Seção 3 traz alguns dados atuais e consequências do uso/abuso das substâncias psicoativas, como forma de observarmos a amplitude e gravidade desse fenômeno. Nessa parte também discutimos brevemente os desafios que se impõem aos serviços de atenção em saúde mental, para atender à demanda levantada por essa problemática.

Na Seção 4 consideramos fundamental fazer um breve retrospecto sobre as políticas públicas sobre álcool e outras drogas desenvolvidas no Brasil, mais especificamente a partir da década de 1970 até as propostas atuais, incluindo a perspectiva da redução de danos como estratégia adotada pelo Ministério da Saúde frente às ações de atenção aos usuários.

Para a Seção 5, são apresentados alguns estudos já realizados sobre as comunidades terapêuticas, no que se refere ao seu modelo de intervenção para tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Destacamos alguns pontos da legislação brasileira que incluem as comunidades terapêuticas como parte das ações em saúde pública. Além disso, abordamos algumas críticas a esse modelo, bem como as polêmicas atuais em torno do financiamento dessas instituições pelo Sistema Único de Saúde.

Na Seção 6, conduzimos nossa análise propriamente dita para o apontamento da relação entre as propostas de intervenção das comunidades terapêuticas, o modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, preconizado pelas políticas públicas atuais, e os pressupostos defendidos pelos higienistas na primeira metade do século XX acerca da produção, comercialização e consumo das substâncias psicoativas, bem como do tratamento dos usuários.

Por fim, a Seção 7 é destinada às considerações finais deste estudo, momento em que pontuamos as questões que consideramos relevantes na relação dos pressupostos higienistas com as políticas públicas atuais e as comunidades terapêuticas. Damos destaque às relações de mercado que permeiam as drogas, lícitas e ilícitas, as quais abrangem o tráfico de drogas, a comercialização de bebidas alcoólicas, a prescrição indiscriminada de medicamentos, dentre outras questões. Também buscamos nesse capítulo analisar rapidamente as condições históricas que em parte contextualizam a inclusão na rede pública de saúde das comunidades terapêuticas, cujo modelo de atenção não demonstrou, no decorrer da história, ter resolvido os problemas de que se ocupou.

1 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Para o desenvolvimento desse estudo, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental, utilizando referenciais que abordam a questão do álcool e outras drogas, no que se refere a diferentes perspectivas sobre a produção, comercialização e consumo dessas substâncias, bem como os encaminhamentos que a sociedade oferece aos usuários.

Fazendo uso das palavras de M. M. Oliveira (2008), entendemos a pesquisa bibliográfica como uma modalidade de estudo e análise de materiais de domínio científico, como livros, periódicos, dicionários e artigos científicos, e a pesquisa documental como a busca de informações em documentos que não receberam tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais e revistas, cartas, filmes, fotografias e outros materiais de divulgação.

De acordo com Chizzotti (2000), a pesquisa documental constitui aspecto predominante em trabalhos cujo objetivo é mostrar a situação atual de um determinado assunto e/ou traçar a evolução histórica de um problema. Pela coleta de informações documentadas é possível conhecer o que já foi bem investigado, o que falta investigar, os problemas controversos e os que demandam novos estudos.

Na investigação das propostas dos higienistas diante do fenômeno do consumo do álcool, trabalhamos com fontes primárias relativas à primeira metade do século XX, como o *Boletim de Eugenia* (1929 a 1931) - um dos principais meios de divulgação do movimento eugenista no Brasil - e os *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (1925 a 1947) - periódico publicado pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). A escolha desses materiais se deve ao destaque que esse grupo de pensadores do início do século XX dava às questões que envolviam o uso de substâncias psicoativas, especialmente o álcool, como observado nas inúmeras campanhas antialcoólicas organizadas por eles (Maestri, 2011). Além disso, também fizemos uso de fontes secundárias, produzidas por estudiosos do assunto em questão.

Utilizamos ainda legislações e outros documentos oficiais que tratam das políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil, desde o início do século XX até as fontes atuais, além da literatura produzida atualmente acerca da temática, especialmente a que trata sobre as comunidades terapêuticas.

Após a leitura criteriosa do material nomeado anteriormente, pudemos identificar alguns temas que são apresentados no Capítulo 6, quando discutimos a relação entre o modelo de intervenção das comunidades terapêuticas, as políticas públicas sobre álcool e outras

drogas e os pressupostos defendidos pelos higienistas no início do século XX acerca do uso de substâncias psicoativas.

Os temas identificados e analisados foram: a) as perspectivas em relação ao usuário de substâncias psicoativas, ao qual geralmente é atribuído algum tipo de desvio, desajustamento, conflito, pobreza ou inutilidade; b) a ênfase na internação prolongada aos adoecidos pelo consumo dessas substâncias; c) a perspectiva proibicionista na atenção aos usuários e as críticas a esse modelo; d) o paralelo entre o tratamento proposto pelos higienistas e pelas comunidades terapêuticas atuais; e) a defesa de alguns higienistas pelo tratamento ambulatorial; f) e a relação do álcool e outras drogas com o mercado.

É importante considerar que a relação que estabelecemos entre as comunidades terapêuticas atuais e as instituições do início do século XX estão circunscritas ao seu modelo de atenção, a algumas de suas características e às concepções de alguns autores sobre as mesmas. Até porque não encontramos o termo “comunidade terapêutica” nos documentos elaborados naquele período e, como sugere De Leon (2003), esse termo parece ter sido popularizado somente a partir da década de 1960, nos Estados Unidos.

Destacamos ainda que as leituras e análises que realizamos para o desenvolvimento desse estudo foram inspiradas na vertente do materialismo histórico. Assim, pretendemos esboçar em nossa discussão o entendimento do uso/abuso de substâncias psicoativas como um fenômeno datado historicamente e construído socialmente. Por essa perspectiva, qualquer tentativa de superação dos problemas decorrentes do consumo do álcool e outras drogas só pode ser vislumbrada se perpassarmos nossas discussões pelo modo como se configuram as relações sociais no bojo da sociedade capitalista. Caso contrário, ao que nos parece, estaremos apenas reproduzindo e reinventando debates, propostas e ações que a história já mostrou não serem resolutivas.

1.1 Quem eram os higienistas e eugenistas

Primeiramente é importante lembrar que os movimentos higienista e eugenista aconteceram não só no Brasil, mas em diversos países do mundo. De modo geral, esses grupos buscavam explicações e propostas para combater problemas que estavam na ordem do dia, baseando-se no conhecimento científico desenvolvido até então.

Considerados em sua amplitude, o higienismo e eugenismo, que no Brasil tiveram maior repercussão na primeira metade do século XX, aludiam a uma série de normas e concepções, que implicaram, dentre outras questões, na reorganização de áreas urbanas, em saneamento ambiental, em práticas de saúde e higiene, instituindo-se, com isso, um paradigma de gestão social e - importante lembrar - de dominação, aportado nos valores da ciência e da racionalidade técnica (Reis, 1994).

Como forma de exemplificar a relevância atribuída às medidas higienistas e eugenistas nesse sentido, vejamos os escritos do Conde Afonso Celso (1929), ao defender que “só uma política sanitária, só uma política eugênica poderá melhorar a situação econômica, política e social do Brasil, operando a regeneração racial⁵” (p. 6). As condições históricas que levaram a tal situação serão, na medida do possível para os limites desta pesquisa, exploradas nos capítulos seguintes.

Para entender a diferença entre a eugenia e o higienismo, bem como o seu principal desdobramento - a higiene mental - fizemos uso das palavras do Dr. Mirandolino Caldas, que em 1932 era o Diretor da *Clínica de Euphrenia* e Secretário Geral da Liga Brasileira de Higiene Mental. Para ele, o higienismo era um conjunto de dados e conhecimentos advindos das ciências físicas, naturais e médicas, com o objetivo primordial de ensinar aos homens os preceitos indispensáveis à conservação da saúde. No que se refere à higiene mental, o mesmo autor aponta que “da mesma forma que a higiene geral, a higiene mental tem também a sua função, mais ou menos bem delimitada que é, justamente, aplicar os métodos profiláticos especiais, tendentes a prevenir os distúrbios psíquicos” (p. 30). À eugenia, por sua vez, cabia o estudo sobre os meios de formar o tipo morfologicamente perfeito e, no âmbito mental, encaminhar a psique para a perfeição desejada através das gerações (Caldas, 1932).

Segundo Ramos (1941), diferentemente dos eugenistas, cujo foco era a hereditariedade e os aspectos genéticos, os adeptos da higiene mental entendiam que as influências ambientais, junto com a formação dada pelos pais aos filhos, eram fundamentais na formação da personalidade humana. Então, se na concepção da eugenia a genética determinava aquilo que seria o ser humano, pelo higienismo era sempre possível aperfeiçoar aquilo que se tinha.

Como nos lembra Reis (1994), frente ao fracasso do tratamento moral e do modelo asilar de internação no controle de casos de doenças mentais, os psiquiatras europeus, já em meados do século XIX, resolveram ir além dos muros dos asilos e intervir no espaço social mais amplo por meios higiênicos, os quais, no entendimento da época, poderiam prevenir tais

⁵ As citações estão apresentadas neste trabalho com a devida atualização ortográfica.

enfermidades. Cumpre lembrar, segundo Boarini (2003b), que a higiene foi e ainda é imprescindível enquanto circunscrita à manutenção da saúde física, mas adquire caráter ideológico à medida que adentra a saúde mental e busca propor soluções para problemas do âmbito político-social.

No Brasil, um dos disseminadores da eugenia foi o médico Renato Kehl (1889-1974), autor de várias obras relacionadas ao assunto e editor do Boletim de Eugenia, que utilizamos como referência nesta pesquisa. De acordo com esse estudioso (1929c, 1931a), a eugenia, estudando as leis da hereditariedade, preocupava-se com a melhoria da qualidade da população e aperfeiçoamento da raça humana. Uma das formas para tanto era evitar a procriação daqueles considerados degenerados, como os alcoolistas, os fracos de espírito, alienados, epiléticos, criminosos e portadores de doenças hereditárias.

Assim, Kehl e outros pensadores da época, como Varigny (1931), defendiam os atestados médicos pré-nupciais, bem como os métodos anticoncepcionais e esterilização daquelas pessoas que poderiam transmitir pela hereditariedade essas características indesejáveis. Outra preocupação dos eugenistas era a imigração de povos não europeus (japoneses, africanos, brasileiros do norte e nordeste em direção ao sudeste), que também comprometiam o objetivo de formação de uma população mais forte e saudável.

No Brasil, em determinado momento, os movimentos higienista e eugenista se articularam de tal forma que um era visto como parte do outro. Apesar de algumas divergências ideológicas e epistemológicas, ambos concordavam nas explicações dadas aos problemas sociais, os quais, para eles, eram entraves à sociedade capitalista. Esses grupos desconsideravam, portanto, o fato de que muitos desses problemas eram na realidade resultado das contradições geradas por essa mesma organização social (Boarini, 2003a; Moura & Boarini, 2012).

Em outras palavras,

ao tentar resolver problemas de natureza coletiva, através da higiene do corpo ou da eugenia da raça, ainda que esses problemas sejam inerentes à saúde, (...) as propostas higienistas e eugenistas escamoteavam contradições postas pela organização social do trabalho. Ao não considerarem a saúde como expressão das condições sociais de existência, mas única e exclusivamente responsabilidade do indivíduo, naturalizavam-se

os antagonismos, os conflitos e as diferenças estabelecidas pelas relações sociais (Boarini, 2003a, p. 15).

Para disseminar suas ideias, os higienistas e eugenistas se organizavam em associações e agremiações, formadas principalmente por profissionais da área médica, juntamente com pesquisadores, intelectuais, educadores, e buscavam constantemente apoio político e da população em geral, como forma de obter maior alcance em suas ações. A Liga Brasileira de Higiene Mental foi uma dessas organizações, que teve repercussão e influência na primeira metade do século XX no Brasil.

Como citado anteriormente, essa foi uma entidade civil, fundada no Rio de Janeiro em 1923, quando foi reconhecida de utilidade pública pelo Decreto nº 4.778, e composta por médicos, juristas, professores, dentre outros profissionais, liderados pelo psiquiatra Gustavo Riedel (LBHM, 1925b; Riedel, 1925).

De acordo com Reis (1994), a composição da LBHM nesse período não ocorreu ao acaso e de forma isolada; mas se deu em um contexto político de reavivamento do nacionalismo, verificado no âmbito da Primeira Guerra Mundial, paralelamente ao surgimento de outras entidades, como a Liga de Defesa Nacional, em 1916, Liga Nacionalista de São Paulo, em 1917, Programa Nativista, em 1919, Ação Social Nacionalista, em 1920, dentre outras. Esses movimentos buscavam propor soluções originais e autônomas aos diversos problemas que assolavam o país, quando setores urbanos passaram por significativo crescimento.

Para obter êxito em seus objetivos, os fundadores da LBHM buscavam o apoio do governo por meio de subvenções e da população em geral (Melo Neto, 1934). A entidade tinha como principais objetivos: o combate às causas das doenças mentais pelos recursos da ciência; a proteção e amparo social das pessoas predispostas às psicopatias, para que não chegassem a adoecer, e dos ex-doentes mentais, para evitar a recaída; e a realização de um programa de higiene mental e de eugenia, para engrandecimento do país e melhoria da raça (LBHM, 1934).

Para Ramos (1941), a higiene mental cumpria um papel fundamental na civilização do início do século XX, quando “(...) a angústia, de individual, se tornou coletiva, precipitando os homens (...) uns contra os outros, separando-os em concepções, credos, convicções diversas e irreconciliáveis” (p. 7). Procuramos mais adiante contextualizar o que estava acontecendo nesse período, o que pode explicar a preocupação manifestada por Ramos nesse sentido.

2 QUESTÕES QUE ATRAVESSAM SÉCULOS

“(…) o problema do alcoolismo não tem solução à sombra do regime atual, pois o estado capitalista vive do imposto sobre o álcool e os capitalistas têm interesse em embrutecer as massas laboriosas, por meio do álcool, para continuarem dominando-as”.
(Octavio Brandão, citado pela LBHM, 1929, p. 14).

2.1 Da produção artesanal à geração de lucro

Em rápido percurso pela história, é possível observar que o uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade desde a Antiguidade, como já observado por Ayrosa (1934), Cunha (1934) e Camargo (1944a). Segundo MacRae (2001), já na pré-história o homem utilizava plantas e substâncias de origem animal para provocar alterações do estado de consciência, com os mais variados objetivos. Estimulantes como a coca, guaraná, mate, café e noz de cola eram utilizados em diferentes culturas, de forma regular e várias vezes ao dia, para fornecer energia e diminuir a fome.

O uso de bebidas alcoólicas apresenta registros desde a pré-história, em rituais e festas, além de servir como medicação. Na Grécia Antiga já se entendia que o resultado da ação das drogas, como o ópio, dependia da sua dosagem, podendo a mesma curar ou matar. Na civilização romana, os efeitos do uso das drogas também eram vistos de forma semelhante e as bebidas alcoólicas eram bastante apreciadas pelos homens, como forma de relaxamento e autoconhecimento (MacRae, 2001).

Para o mesmo autor, com a cristianização do Império Romano, as drogas passaram a ser estigmatizadas e o seu uso considerado heresia. Isso porque o consumo de substâncias psicoativas era associado a cultos pagãos e o seu uso terapêutico aliviava a dor e o sofrimento, os quais eram formas de se aproximar de Deus, na concepção cristã.

O uso das drogas foi gradualmente retomado então na civilização europeia durante o Renascimento, com o desenvolvimento científico e a aproximação com as culturas orientais e indígenas americanas, que preservavam antigos conhecimentos farmacológicos. Tanto é que, no século XVIII, o ópio tornou-se a principal mercadoria exportada dos países europeus para o mercado chinês. Mas no final do século XIX, quando a China conseguiu abastecer o seu mercado interno com produção própria e estava prestes a dominar o comércio do ópio em

todo o mercado asiático, o Parlamento Britânico passou a considerar o tráfico da substância moralmente injustificável e resolveu combatê-lo (MacRae, 2001).

Questões econômicas à parte, ao longo da história, como verificamos em Alves (2009), o consumo das substâncias psicoativas normalmente esteve regulamentado dentro de contextos socioculturais específicos, condicionando esse uso a normas e convenções socialmente compartilhadas. O consumo dessas substâncias não representava ameaças à sociedade, uma vez que esse uso era reconhecido por ela própria como expressão de seus valores. O vazio comum à época da passagem do jovem para a vida adulta era preenchido pelas grandes estruturas de sentido como a religião, as tradições familiares, crenças, valores etc.

O problema estaria, segundo Espinheira (s/d, citado por M. G. P. N. Oliveira, 2009), quando essas substâncias passaram a circular como bens de consumo produzidos industrialmente, quando elas se tornaram mercadorias altamente lucrativas, abrindo espaço para a entrada de outras questões mais complexas. Com o fácil acesso e disponibilidade das drogas lícitas e ilícitas, que se tornaram mercadorias altamente lucrativas, o consumo tornou-se ainda maior, especialmente em um contexto marcado por grandes mudanças sociais no mundo ocidental nos séculos XVIII e XIX.

Conforme discute Marques (2001), com a Revolução Industrial, as bebidas alcoólicas que antes eram produzidas artesanalmente passaram a ser produzidas em série. Esse aumento considerável da produção, dentro do contexto social e econômico da época, contribuiu para que o consumo de bebidas alcoólicas, que anteriormente se dava em meio a rituais festivos ou religiosos, passasse a ser frequente e abusivo. A partir do final do século XVIII, o consumo do álcool e mais ainda os problemas decorrentes de seu abuso começaram a gerar interesse e preocupação por parte de diferentes setores da sociedade e em diversos países.

No decorrer dos séculos XVIII e XIX, o modelo moral e o modelo religioso constituíram as primeiras tentativas da sociedade de enfrentar os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. O beber exageradamente passou a ser considerado pecado e fraqueza, sendo esse conceito incorporado às regras morais de várias culturas (Marques, 2001). Nos Estados Unidos, o uso disseminado de álcool e outras drogas, com suas implicações à saúde, economia e política, incentivou o surgimento de campanhas populares de cunho religioso contra o uso dessas substâncias. Associando-as à violência e à criminalidade, esses movimentos tinham implícitos objetivos políticos de estigmatizar grupos de imigrantes, como os chineses, africanos e irlandeses, considerados, respectivamente, grandes consumidores de ópio, cocaína e álcool (MacRae, 2001; Sáad, 2001).

Segundo Marques (2001), também durante a primeira metade do século XIX, o entendimento do alcoolismo como doença foi consolidado e tentativas de se abolir o estigma social e a vergonha, que dificultavam a busca de tratamento por parte dos usuários, foram observadas.

2.2 Contextualizando a preocupação dos higienistas

Para entender as bases históricas do ideário higienista, reconhecemos a relevância de se contextualizar, mesmo que brevemente, o início do século XX, período de maior atividade do movimento da higiene mental no Brasil, ainda que cientes dos limites impostos por esse recorte temporal.

Segundo Basbaum (1997), o final do século XIX havia sido um período de relativa tranquilidade social para os países mais ou menos desenvolvidos da Europa e América. A burguesia havia conquistado uma posição de destaque ante o desejo dos homens de se atingir a perfeição das sociedades humanas. No entanto, pelo movimento do próprio capitalismo, os mercados internos europeus ficaram saturados e as nações mais desenvolvidas economicamente precisaram avançar no domínio dos mercados e das fontes de matérias-primas.

Acrescido a esse, outros acontecimentos nesse período influíram de forma marcante nos rumos da História: a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), que massacró milhões de vidas pela Europa e parte da América; a Revolução Russa (1917), que possibilitou ao mundo ver uma nova classe - o proletariado - tomar o poder econômico e político; a crise mundial de 1929/1930⁶, que começou nos Estados Unidos e, por uma reação em cadeia, atingiu quase todas as nações do mundo com o desemprego e a fome; e a transferência do domínio mundial capitalista da Inglaterra para os Estados Unidos. Todos esses acontecimentos trouxeram como principais consequências um grande desenvolvimento industrial, o acirramento das lutas de classe e o despertar nacionalista dos povos coloniais (Basbaum, 1997).

⁶ Essa crise foi resultado de uma superprodução e supersaturação do mercado interno americano, que funcionava em um regime de livre concorrência, próprio do sistema capitalista, e obviamente afetou vários países do mundo, que de alguma forma dependiam da economia americana. No Brasil, a crise foi um reflexo da contradição existente na própria estrutura econômica do país, somada às tensões da produção e comercialização do café e à crise mundial do capitalismo (Basbaum, 1997).

O Brasil, influenciado por esses acontecimentos de abrangência mundial, experimentava algumas mudanças sociais, dentre elas a transição do trabalho escravo para o trabalho livre, a mudança da sociedade rural agrária para a urbano-industrial e o processo imigratório, que culminou num aumento progressivo dos centros urbanos, resultando em sérios problemas sociais e sanitários.

Como apontado por Basbaum (1997), as condições sanitárias das grandes cidades, como o Rio de Janeiro e São Paulo, eram as piores possíveis; a varíola e a febre amarela dizimavam a população e medidas sanitárias se faziam urgentes. Isso sem falar do absoluto desconhecimento dos hábitos de higiene dos residentes das zonas rurais, ou da impossibilidade de colocá-los em prática (andar descalço, ausência de fossas, defecar no chão ou nos rios onde se banhavam ou pescavam). Diante dessa demanda, as propostas dos higienistas funcionavam como bálsamo. Suas intervenções nesse sentido possibilitaram importantes avanços em termos de sanitarismo e saúde, ainda que entender a historicidade dessas questões não fosse o forte desse grupo.

Paralelamente a esses problemas, as mudanças sociais que estavam ocorrendo também contribuíam para projetar o Brasil no mundo como nação civilizada.

Se a extinção do tráfico deu ao país o seu primeiro impulso industrialista, a abolição foi responsável pelo segundo. O terceiro impulso, que já encontraria uma base social para se firmar – a imigração e um mercado interno em crescimento –, foi provocado pela guerra de 1914/18 (Basbaum, 1997, p. 91).

Pela abolição, mais de 750 mil ex-escravos ficaram à disposição do capitalismo, particularmente da indústria, levando ainda ao barateamento dessa mão de obra que já era então excedente. Com escravos passando a assalariados, aumentava a porcentagem de consumidores, o que contribuía para o crescimento do mercado interno. Com a guerra, boa parte do capital nacional que antes era investido na Europa acabou sendo aplicado internamente na criação e desenvolvimento de indústrias brasileiras.

Por outro lado, os entraves ao desenvolvimento capitalista no Brasil eram comparativamente ainda mais fortes, fundamentados, dentre outros fatores, na ausência de uma indústria de base, que deixava o país dependente da importação de bens de produção (maquinário, transporte, etc.), e nos interesses de uma burguesia agrária, que desejava a manutenção de seus antigos latifúndios, onde permaneciam relações de produção com

características feudais (Basbaum, 1997). De acordo com Montañó (2010), a implantação do capitalismo no Brasil, bem como em outros países da América Latina, não teve um caráter de revolução democrático-burguesa como ocorrera na Europa; mas, principalmente entre o final do século XIX e início do século XX, esteve baseado no latifúndio tradicional e em um esquema colonial de exportação de matérias-primas e importação de produtos industrializados, constituindo-se inicialmente como um sistema “desindustrializado” (p. 31).

Além disso, o aumento populacional, que de modo geral constituiu um elemento de progresso, em outro sentido também implicou barreiras a esse desenvolvimento, ao considerarmos o barateamento da mão de obra e o aumento da miséria das classes mais pobres dos centros urbanos (Basbaum, 1997).

Assim, eram justamente a miséria, ao lado da loucura, do alcoolismo, da vagabundagem, criminalidade e outros fatores de “degeneração” da raça, as causas fundamentais atribuídas pelos higienistas ao subdesenvolvimento nacional do capitalismo. Com isso, não se trabalhava a possibilidade de tais fatores serem produto dessa organização econômica, mas sim consequência de uma crise moral da sociedade.

2.3 O que diziam os higienistas e eugenistas sobre o alcoolismo e as toxicomanias

Nas publicações pesquisadas, foi possível identificar várias referências dos higienistas e eugenistas em relação a esses fenômenos, especialmente no que se refere ao alcoolismo.

De acordo com Penafiel (1923, citado por E. Lopes, 1925), para se fazer alguma coisa por essa situação, era preciso reconhecer que o alcoolismo não significava meramente um acidente, mas “(...) consequência de nossa grande crise moral e social” (p. 150). O mesmo autor defendia que, enquanto uma doença moral, o remédio para o alcoolismo estaria na educação; e enquanto uma doença social, a solução estaria na ordem, “(...) uma vez que o pessimismo reinante, que leva o homem a embriagar-se, procede da angustia de uma transição, fruto da anarquia mental dos tempos que atravessamos” (p. 151).

Entendemos que a crise de que fala Penafiel se referia às mudanças sociais que estavam ocorrendo no Brasil, resultantes em boa parte do crescimento das cidades, da miscigenação dos costumes, com a circulação de estrangeiros e ex-escravos nos centros urbanos, e da instabilidade social e econômica gerada com a Primeira Guerra Mundial.

Bicudo (1944) discute a influência de uma guerra na organização social de um país e, consequentemente, na saúde mental das pessoas.

A guerra acarreta uma desorganização social pela drenagem de toda a economia para o esforço da guerra, pela mobilização, em massa, da população. (...) pelas mudanças nas condições de vida, a guerra atinge a organização social. As instituições, não podendo satisfazer as necessidades dos indivíduos, afrouxam o controle social por elas condicionado. (...) A guerra, suprimindo as formas comuns de satisfação das necessidades vitais, pode desenvolver conflitos mentais e distúrbios afetivos expressos em sintomas neuróticos (p. 63).

Nesse contexto, o consumo de bebidas alcoólicas, que até o início do século XX era considerado um hábito normal, adquiriu crescente relevância pela sua abrangência. Segundo o noticiário sobre a Conferência de Genebra sobre tóxicos, publicado nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental em 1925, após a Primeira Guerra Mundial as toxicomanias tomaram proporções extraordinárias em todo o mundo.

A exaltação permanente em que viviam os povos, a expectativa diária da morte, as vigílias continuadas, a insônia pelo terror ou pela excitação nervosa natural naquela época, a ansiedade permanente, a tristeza, os momentos de angústia, levaram os homens a procurar alguma coisa que pudesse mitigar-lhes de qualquer sorte o sofrimento moral, e foi aos estupefacientes que eles recorreram (LBHM, 1925a, p. 138).

Recorremos às palavras de Moraes (1921) para expressar o entendimento de boa parte da sociedade sobre a relação do alcoolismo com o cenário da época. Para o autor, tal problema era resultado da desorganização social e econômica e da imoralidade individual, fruto das falhas na educação e da dissolução da família. Então, o combate a esse mal implicaria melhorar tais condições de vida e esclarecer moralmente o ser humano.

Torres (1933) apresentou um cenário bastante comum, no início do século XX no Brasil, ao apontar a falta de trabalho regular, a criminalidade, ociosidade, falta de garantias à

população, o vício, o alcoolismo, a desordem e anarquia por ausência completa de cultura, educação, assistência social e legal.

Nesse contexto, a presença de um número cada vez maior de pessoas perambulando pelas ruas, devido em parte⁷ ao uso abusivo do álcool e outras drogas, passou a ser vista como um entrave para um país que se pretendia em desenvolvimento. Essas pessoas, além de representarem uma ameaça à ordem social e um ônus aos cofres públicos na assistência à saúde, pelas doenças resultantes daquele vício, não podiam servir como mão de obra disponível para a indústria que necessitava de indivíduos trabalhadores e sadios para se desenvolver. Com isso, o alcoolismo e as toxicomanias, assim como a loucura e a ociosidade, passaram a ser objetos de intervenção por parte de alguns setores da sociedade, como os representantes dos movimentos higienista e eugenista.

Como resultado, em boa parte, dos ideais defendidos por eles, em 1921 foi promulgado o Decreto nº 4.294 (1921), que autorizava o Poder Executivo a regulamentar a entrada de substâncias tóxicas no país, como o ópio, seus derivados e a cocaína; estabelecia multas e sanções para os estabelecimentos comerciais que vendessem bebidas para pessoas embriagadas; previa internações e multas para aqueles que se embriagassem a ponto de ameaçar a ordem pública e pôr em risco a sua segurança e a de outros; e defendia a criação de um local de tratamento médico correccional para alcoólatras e toxicômanos.

Segundo E. Lopes (1930c), não era possível pensar em combater o alcoolismo sem a intervenção dos poderes públicos. Sendo assim, o papel dos higienistas seria o de apresentar aos legisladores ideias que pudessem os orientar na elaboração das leis. Em Anexo A apresentamos a sugestão da LBHM (1931b) para a “Lei-antialcoólica”.

Grande tem sido a atividade desta seção que, em reuniões sucessivas, vem estudando o assunto sob os seus múltiplos aspectos, tendo particularmente se esforçado para conseguir dos poderes públicos a votação de medidas restritivas, ou melhor, de uma legislação antialcoólica, de acordo com as nossas possibilidades atuais (LBHM, 1929, p. 12).

⁷ Como vimos em Basbaum (1997), a abolição da escravatura, o processo de imigração europeia e a saída das pessoas do meio agrário, num contexto que inviabilizava emprego e oportunidade de ganhar a vida para todos, contribuíram para formar uma massa de marginais e desempregados no seio das populações urbanas.

Ações de controle da industrialização, comercialização e consumo do álcool, enquanto bebida, eram algumas das solicitações da LBHM, seguindo tendência adotada em outros países, especialmente nos Estados Unidos. É importante ressaltarmos que, em prol da economia, a Liga fazia campanhas a favor do uso industrial do álcool, principalmente como possibilidade de servir de substituto da gasolina (Kehl, 1931b).

Dentre as medidas de controle sugeridas pelos higienistas, estavam o aumento dos impostos sobre o álcool; a proibição da sua industrialização e venda aos domingos e feriados; medidas punitivas para aqueles que se embriagassem publicamente; proibição da propaganda para bebidas alcoólicas destiladas; educação preventiva nas escolas, em todos os níveis de ensino, e nos locais de trabalho; criação de reformatórios e asilos-colônias para a correção dos dependentes (Cunha, 1934; E. Lopes, 1930a).

Aliás, já em 1908, o Dr. Mello Matos, cujo estudo foi citado por Moraes (1921), defendia a necessidade de se substituir a pena de prisão dos alcoolistas por tratamento em estabelecimentos destinados para tal, para se evitar que esses dependentes tivessem contato com os mais terríveis criminosos. Como dizia Camargo (1944a), “o alcoolismo é uma doença e não um caso de polícia: como tal, deve o indivíduo embriagado ser conduzido a um hospital e não à cadeia.” (p. 95).

Nesse sentido, o tratamento prioritário para os já adoecidos pelo consumo do álcool e outras drogas eram as internações em manicômios, o que também passou a ser objeto de discussão por parte dos psiquiatras, que questionavam qual seria o tempo de internação suficiente para o tratamento, se o mesmo deveria ocorrer em instituições específicas, separadas dos hospícios, dentre outros aspectos apontados por Santos e Verani (2010). O Prof. Lopes Rodrigues, por exemplo, em 1933 dizia que “(...) não é justo que se conduza para casas de loucos, crônicos e agudos, os que bebem, porque, de degenerados, entre loucos, acabarão plasmados na loucura definitiva” (L. Rodrigues, 1933, p. 302).

Nesse contexto, apesar da medicina se preocupar com as consequências do uso do álcool à saúde como um todo - como os problemas gastrointestinais, hepáticos, renais -, o foco das discussões sobre esse consumo eram os distúrbios mentais e os comportamentos morais considerados anormais (Souza, 1939; Botelho, 1944; Cavalcanti, 1947; Santos & Verani, 2010).

Segue as palavras de Porto-Carrero em entrevista ao jornal O Globo, em 1932:

A herança da sífilis, da tuberculose, do alcoolismo, constitui, pelo menos, excelente terreno para a germinação das perversões, das doenças nervosas, das falhas de caráter, sem contar que são responsáveis pelos tipos incapazes de ligar duas ideias, de adquirir instrução, de assimilar as normas de moral – toda essa longa escala de idiotas, imbecis, débeis e degenerados que formam o peso morto da civilização. (Porto-Carrero, 1932, p. 92).

Assim, como os psiquiatras da época entendiam que o alcoolismo era uma das possíveis causas das doenças mentais, era fundamental que esse problema fosse tratado através de campanhas educativas e da regulamentação do consumo do álcool (LBHM, 1934). Cabe aqui acrescentar as palavras da Presidente Honorária da União Brasileira Pró-Temperança, Miss Flora Strout, ao declarar, em 1935, que, se a sociedade não estivesse preparada através de um racional processo de educação sobre os males causados pelo álcool, as medidas de restrição e proibição dessas bebidas não teriam efeito algum. Ela também ressaltou que tais medidas educativas deveriam ser iniciadas nas escolas, já nas classes das crianças mais novas (Strout, 1935).

Como verificado em Bittencourt (1935) e Moreira (1933), nesse período, uma das discussões com que se ocupava a psiquiatria era se o álcool seria responsável pela manifestação da loucura ou se funcionaria apenas como fator desencadeador de uma patologia já existente.

No entendimento dos psiquiatras, o hábito de consumir bebidas alcoólicas teria como consequência prejuízos à organização psíquica do indivíduo, à capacidade de convivência social e familiar e ao desempenho no trabalho, podendo ter como desfecho o fim da espécie humana, caso não houvesse intervenções necessárias (Melo Neto, 1934). Porém, de acordo com anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 21 de julho de 1929, tal posicionamento não parecia unanimidade entre a classe médica.



Figura 1 – Cerveja com receita médica. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 1929. Fonte: Scholz (2010a).

Fundamentadas na teoria da degenerescência, eram comuns as explicações que atribuíam ao fator hereditário o desenvolvimento da dependência ao álcool, assim como de outras características mentais. Cumpre lembrar que o conceito de degenerescência foi introduzido por Benedict-Augustin Morel, em 1857, o qual, assim como outros psiquiatras da época, entendia que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos e, com isso, tendiam a piorar à medida que eram transmitidas de geração a geração, levando à degeneração progressiva da população (Morel, 2008).

Para Kehl (1930a), o desenvolvimento de uma criança dependia da hereditariedade, bem como da saúde dos pais no momento da concepção e da saúde da mãe durante a gestação. Com isso, o alcoolismo feminino, em ascensão já no início do século XX, tornou-se motivo de preocupação ainda maior para as autoridades médicas, em função da possibilidade de transmissão genética da dependência ao álcool, ou através do aleitamento materno ou se a mulher estivesse intoxicada no momento da concepção (Bittencourt, 1935; Britto, 1930; Souza, 1939). Tal preocupação pode ser exemplificada pelas figuras a seguir, difundidas pelos higienistas no início do século XX.



Figura 2 – O álcool e o aleitamento.
Fonte: Moncorvo Filho (1928, p. XIV).



Figura 3 – Álcool e monstros.
Fonte: Moncorvo Filho (1928, p. XVI).

Paralelamente a essa preocupação, anúncios publicitários da época estimulavam as mulheres que amamentavam e as crianças a consumirem bebidas alcoólicas, como licor e cerveja, considerados tônicos nutritivos, “sem distinção de sexo nem de idade” (Figura 5), como vemos nas seguintes imagens.

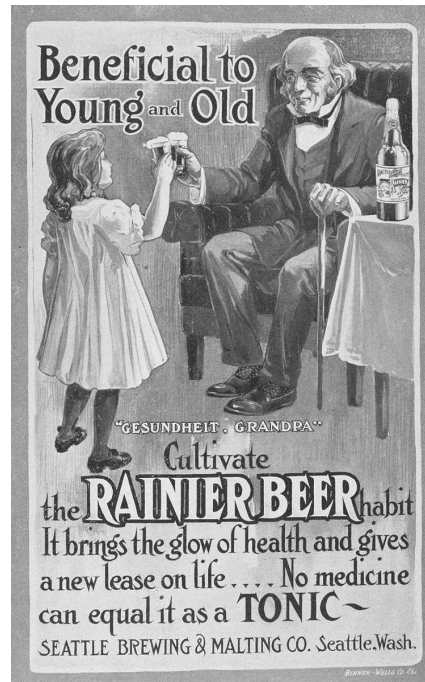


Figura 4 – Rainier Beer, 1906.
 Fonte: Digital Collections (2008).



Figura 5 – Malt Rainier. Publicado no jornal *The Argus*, em 1909.
 Fonte: Cliffe (2008).



Figura 6 – Um amor de cerveja. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 23 de abril de 1932.

Fonte: Scholz (2010b).

Em 1939, o Dr. Nelson Bandeira de Mello apontou que, embora até aquele momento as pesquisas genéticas não tivessem fornecido conclusões definitivas sobre a influência do alcoolismo sobre a descendência, a literatura demonstrava com frequência casos de perturbações mentais em progenitores e filhos de alcoolistas (Mello, 1939). Também não era rara a associação entre o crime e as alterações de comportamento resultantes do abuso do álcool. Kehl (1929a, 1929b, 1930b) aponta para a relação do álcool com o grande número de acidentes automobilísticos (nos Estados Unidos), com a criminalidade e a ocorrência de suicídios. Exemplos de malefícios do álcool, na época divulgados pelos adeptos da higiene mental junto à imprensa, nas escolas, empresas, dentre outros estabelecimentos, são representados nas figuras a seguir.



Figura 7 – O álcool e a tuberculose.
 Fonte: Moncorvo Filho (1928, p. V).



Figura 8 – O álcool e a loucura.
 Fonte: Moncorvo Filho (1928, p. XI).

No tocante às drogas ilícitas atuais, é importante destacar que até o final do século XIX e início do século XX grande parte delas era utilizada para fins terapêuticos, além do uso recreacional, como era o caso do ópio e da coca. Com isso, não eram raras as propagandas norte-americanas e europeias, desse período, de compostos terapêuticos que continham essas substâncias, como constam nas seguintes figuras.



Figura 9 – Cocaine toothache drops, 1895.
Fonte: Addiction Research Unit (2001).

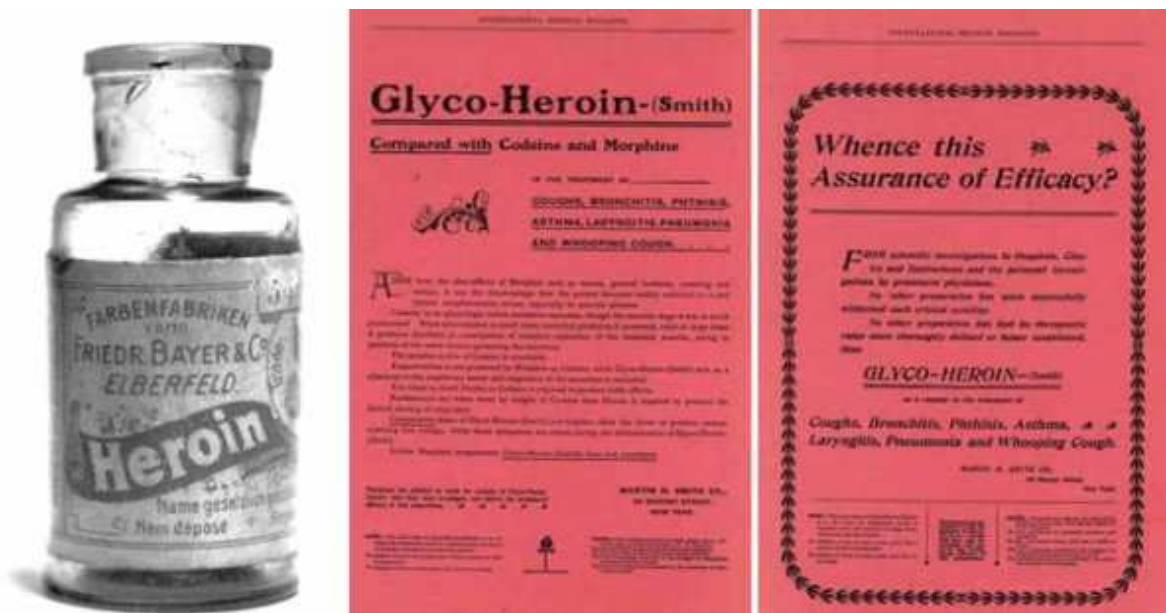


Figura 10 – Smith Glyco-Heroin. Anúncio publicado na *International Medical Magazine*, em 1902.
Fonte: Addiction Research Unit (2001).

Mesmo no Brasil, o lança-perfume, cuja venda e consumo atualmente são proibidos, já figurou no jornal O Estado de S. Paulo no início do século XX.



Figura 11 – Colombina inofensível. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 8 de janeiro de 1922.

Fonte: Scholz (2011a).



Figura 12 – Remédio para a crise. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 22 de fevereiro de 1936.

Fonte: Scholz (2012).

Entendidas por grande parte dos higienistas como toxicomanias menos comuns, elas também apresentavam suas considerações em relação ao consumo de algumas dessas substâncias, ainda que elas não fossem o foco de sua atenção.

Segundo Bittencourt (1935), o ópio, a morfina, a cocaína, o éter e o haxixe eram responsáveis pelos distúrbios mentais das denominadas toxicomanias. C. Lopes (1934, p. 112) descreveu os efeitos relatados do consumo do cânhamo (maconha) como potencial desencadeador da loucura e de ações criminosas, efeitos estes dependentes do nível intelectual e do “fundo mental” do indivíduo. O mesmo autor falava sobre a coca e como o seu uso terapêutico foi amplamente disseminado em um curto período de tempo, além de outras substâncias como a kava-kava, cogumelos e outras ervas alucinógenas utilizadas em rituais indígenas e cerimônias religiosas.

Na Europa e nos Estados Unidos, a proibição do uso de substâncias psicoativas como a coca, o ópio, a heroína, foram acontecendo gradativamente a partir do início do século XX, quando problemas relacionados ao uso habitual dessas substâncias foram aparecendo (Addiction Research Unit, 2001) e, provavelmente, também devido às questões econômicas envolvidas nesse processo, como apontamos anteriormente (MacRae, 2001).

O Brasil foi seguindo essa tendência em relação à proibição de algumas substâncias psicoativas e, no final da década de 1930, foi promulgada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, pelo Decreto-Lei nº 891 (1938), a qual posteriormente foi incorporada ao Código Penal de 1940. Esse decreto criminalizava o porte de drogas ilícitas, independente da quantidade apreendida, prevendo a mesma penalização para casos de tráfico e consumo próprio, numa perspectiva claramente proibicionista.

No geral, para MacRae (2001), as legislações e políticas nacionais do século XX eram derivadas na maioria de tratados internacionais sobre as drogas, com influência predominantemente norte-americana⁸ e sua concepção proibicionista. Entendemos que por essa perspectiva normalmente são ignoradas a grande heterogeneidade dos modos de consumo das substâncias psicoativas, as razões, crenças, valores, estilos de vida e visão de mundo que os embasam.

Podemos dizer que essa forma de entender e abordar o consumo de drogas teve terreno fértil para fincar suas estruturas, propiciado em boa parte pela disseminação do ideário eugenista e higienista. Por essas lentes, os problemas da sociedade eram atribuídos em boa parte à hereditariedade, ao âmbito natural e ao indivíduo, sendo, portanto, diminuídas ou até mesmo ignoradas as suas bases históricas e a sua construção social.

⁸ A influência dos Estados Unidos no Brasil foi incrementada no final na Primeira Guerra Mundial, quando aquele país precisava abrir mercados para receber seus dólares e produtos, projeto este que já era uma das premissas da Doutrina de Monroe, de 1823, na qual estavam traçados planos de ocupação de todo o continente americano pelos Estados Unidos (Basbaum, 1997).

3 **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE**

“Se estudarmos as causas sociais do alcoolismo, verificaremos que, sem a sua remoção, se torna impossível vencer o efeito”.
(Moraes, 1921, p. 87).

3.1 **Números sobre o consumo de álcool e outras drogas na atualidade**

Segundo dados fornecidos pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, por meio do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (Brasil, 2005a), estima-se que cerca de 23% da população brasileira tenha feito uso de alguma droga (sem considerar álcool e tabaco) pelo menos uma vez na vida. A mesma pesquisa presume que aproximadamente 75% da população analisada, entre 12 e 65 anos de idade, tenham feito uso do álcool ao menos uma vez na vida, sendo 12% destes considerados dependentes; ao passo que aproximadamente 44% dessa população analisada já fez uso do tabaco, sendo 10% classificados como dependentes. A idade de início de consumo do álcool estaria por volta dos 14 anos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 50% dos danos relacionados ao álcool estão associados ao uso crônico, que resultam em problemas de saúde, de relacionamento e no trabalho; enquanto os outros 50% se devem à embriaguez aguda de pessoas que se envolvem em brigas, sexo sem proteção, acidentes de trânsito, quedas, ferimentos, envenenamentos, suicídio etc. (Brasil, 2004).

O 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007) apresenta que cerca de 52% da população brasileira adulta faz uso do mesmo, sendo 24% das pessoas classificadas como consumidores frequentes e, dentre estas, 9% encontram-se na categoria de consumo pesado e perigoso.

Segundo levantamento da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Brasil, 2010a; Brasil, 2012b), realizada pelo Ministério da Saúde entre os anos 2006 e 2011, é possível constatar um aumento significativo no consumo abusivo do álcool. De acordo com as informações levantadas por essa pesquisa, em média 17% das pessoas entrevistadas nas 27 cidades pesquisadas consumiram um volume

excessivo de álcool num curto período de tempo (“binge”⁹), pelo menos uma vez em 30 dias (Brasil, 2012b), e cerca de 23% da população adulta pesquisada afirmaram que tiveram algum problema relacionado ao uso do álcool entre os anos de 2004 e 2005 (Brasil, 2010a).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas do ano de 2010 (UNODC, 2010), o Brasil constitui o maior mercado de cocaína da América Latina em números absolutos (900 mil usuários). O uso de opiáceos no Brasil e no Chile é considerado o maior na América do Sul, especialmente em função da prescrição de medicamentos à base de morfina, abrangendo em torno de 0,5% da população.

Em se tratando do consumo do crack, consta no Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009), pelos dados reunidos entre os anos de 2001 e 2007, um consumo discreto e estável na população brasileira entre os anos de 2001 e 2005. No entanto, verifica-se que a partir de 2007 foi se tornando mais frequente o consumo dessa substância, bem como a sua associação a diversos agravos à saúde, à criminalidade e à violência.

De acordo com Collucci e Pagnan (2012), vários estudos, especialmente nas três últimas décadas, têm se ocupado do impacto do crack na gestação. No entanto, ainda existem controvérsias sobre os efeitos a longo prazo na criança, uma vez que é bastante difícil separar as sequelas da droga de outros fatores que também estão presentes na vida da gestante dependente, como alcoolismo, tabagismo e desnutrição.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009) indica que cerca de 1,2% do número de internações registradas pelo SUS entre 2001 e 2007 é decorrente do consumo de drogas. Dessa porcentagem, as internações por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso do álcool respondem por cerca de 69% dos casos.

Observa-se ainda que 0,7% do número total de óbitos registrados no Brasil nesse período foram associados ao consumo de drogas, sendo 90% destes relacionados ao uso do álcool. O mesmo documento (Brasil, 2009) também levanta dados que apontam o consumo do álcool como responsável por grande parte dos acidentes de trânsito envolvendo vítimas; e destaca que no período entre 2001 e 2007 foram registrados no Brasil 56.561 casos de afastamentos do trabalho e 5.024 aposentadorias pelo uso de substâncias psicoativas.

De acordo com informações apresentadas pelo Governo Federal (Brasil, 2004), mais da metade dos acidentes automobilísticos envolvendo vítimas apresentam concomitância com o uso do álcool pelo motorista. A mesma proporção de consumo é observada para as vítimas de atropelamento.

⁹ A quantidade que define esse tipo de consumo é de cinco doses para homens e quatro doses para mulheres, ingeridos em uma só ocasião (Laranjeira *et al.*, 2007).

3.2 Algumas leituras atuais sobre o fenômeno

Segundo dados explicitados na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003), normalmente o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso do álcool e a primeira intervenção voltada para esse problema é de 05 anos. Dentre os vários fatores que influenciam nessa demora estão a ineficácia da assistência disponível, a crença errônea de que esses pacientes têm poucas chances de recuperação, e a deficiência na formação de profissionais de saúde voltados para a questão de álcool e outras drogas.

Padilha e Tykanori (2011) destacam algumas razões pelas quais as pessoas fazem uso de drogas na atualidade, especialmente o *crack*, como as crianças nas ruas que iniciaram o consumo para aguentar a fome e o frio; os trabalhadores rurais por acreditarem que a pedralhes possibilita suportar mais as atividades na cana-de-açúcar; profissionais liberais pressionados por apresentar resultados no trabalho; e jovens que buscam a todo custo se sentirem inseridos em um grupo.

No entendimento de Cruz e Ferreira (2001), como panorama político e econômico das últimas décadas no Brasil, temos um acirramento da competitividade, aumento da terceirização dos serviços, com poucas garantias trabalhistas, desemprego e concentração de renda. Essa chamada “economia política da incerteza” (p. 97) por um lado nos dá a ilusão de que somos livres, descompromissados; por outro transmite a mensagem de que somos potencialmente desnecessários ao mercado de trabalho. Com isso, projetos de vida e constituição de identidades, que na sociedade ocidental são fortemente ligados à vida profissional, não se tornam possíveis. Nesse cenário, emergem os marginalizados, os desafiados, desprendidos do trabalho e da inserção relacional, dentre os quais estão incluídos os dependentes de drogas, a população de rua, indivíduos mental ou fisicamente incapacitados.

O abandono dos valores tradicionais, engolfados pelas modificações rápidas das relações sociais, num contexto de crescimento de valorização das forças de mercado, do consumismo, do imediatismo e do individualismo, tem produzido, entre outras consequências perversas, uma ausência de referência social (Cruz & Ferreira, 2001, p. 109).

Com isso, a droga acaba surgindo como opção de vida, principalmente para os mais jovens e menos privilegiados economicamente.

Conforme apontado por Silveira (2012), o crack é uma substância que pode causar dependência assim como acontece com outras drogas, como o álcool. No entanto, os efeitos devastadores dos quais a mídia tem se ocupado na atualidade são agravados pela miserabilidade na qual vive boa parte de seus usuários. O crack tem um preço relativamente baixo se comparado à cocaína, por exemplo. Assim, o abandono social em que estão os seus usuários normalmente vem antes do uso do crack. A vulnerabilidade social, portanto, não é consequência desse consumo, mas provavelmente causa.

Sendo assim, qualquer política de combate ao uso da droga tende ao fracasso se não for precedida de uma política social bem estruturada (Silveira, 2012). Nas palavras do médico Evaristo de Moraes (1921), que se ocupava da questão do alcoolismo no início do século XX, “se estudarmos as causas sociais do alcoolismo, verificaremos que, sem a sua remoção, se torna impossível vencer o efeito” (p. 87).

Outro ponto é que a compreensão sobre o avanço do consumo do crack e outras drogas ilícitas deve passar pelo entendimento sobre o aumento de sua oferta pelo tráfico de drogas. Este, segundo Faria e Barros (2011), tem um terreno bastante fértil possibilitado pelos interesses econômicos, que levam à flexibilização e precarização das relações de trabalho, desemprego estrutural e apelo consumista, e pela ausência do Estado como agente de proteção social, culminando na chamada inclusão perversa através da marginalidade. Nesse contexto, a figura do traficante acaba associada à possibilidade de ascensão social, proteção e provimento à comunidade da qual faz parte.

Para complicar ainda mais a situação, verificamos em Raupp *et al.* (2011) que dificilmente os usuários de drogas, especialmente de *crack*, vão em busca de tratamento, sendo que, quando isso acontece, geralmente é por pressão dos familiares ou determinações judiciais. Além disso, observa-se a dificuldade de acesso a tratamentos adequados e gratuitos.

Exemplo disso é a distribuição de leitos psiquiátricos no Brasil que, segundo Pitta (2011), não obedeceu a qualquer planejamento que realmente atendesse à demanda das pessoas em sofrimento, o que resultou em alta concentração não justificada desses leitos em algumas regiões do país, enquanto verifica-se quase nenhuma oferta na maioria delas. Outro exemplo, levantado por T. M. Andrade (2011), é a dificuldade de acesso a tratamento na rede básica de atenção em saúde mental, devido em parte à baixa cobertura (20%) do Programa Saúde da Família em algumas grandes cidades brasileiras, apesar do grande avanço desse

programa nos últimos anos. Acrescido a isso, a quase totalidade das Estratégias de Saúde da Família não inclui ações voltadas ao uso de drogas.

Outro ponto que complica o tratamento para essa população é a necessidade dos mesmos se adequarem às regras e rotinas das instituições, bem como o preconceito que existe por parte de muitos profissionais de saúde, que entendem o uso de drogas sob o ponto de vista da moralidade (Raupp *et al.*, 2011).

Para T. M. Andrade (2011), é muito pequena a chance de um usuário de drogas, após uma noite acordado na rua, ir até um serviço de saúde no início da manhã para pegar uma senha e esperar por quatro a cinco horas para ter um atendimento. Isso sem falar da necessidade de ter recursos disponíveis para o transporte até o local do tratamento. Diante disso, a ideia que fica para a sociedade, incluindo os próprios profissionais de saúde, é de que essas pessoas não querem tratamento, reforçando ainda mais o contexto de exclusão social em que vivem.

O drama do crack tem inclusive levantado questionamentos sobre a história, limites e potência da Reforma Psiquiátrica, que, apesar de todos os entraves, vem resistindo ao tempo e aos estigmas nesses mais de dez anos da Lei nº 10.216 (2001) no Brasil (Pitta, 2011).

A mesma autora discute que, com os serviços ambulatoriais em sua maioria fechando as suas portas às cinco horas da tarde, ainda não foi possível assegurar o cuidado pleno diante das crises psicóticas ou das demandas de abstinência de usuários de drogas em situações de rua. Com isso, o hospital psiquiátrico e outras instituições totais acabam ficando no imaginário coletivo como um local seguro para os pacientes e para toda a população diante das situações de crise.

Mas apesar desse cenário desolador, segundo pesquisa realizada com 170 dependentes de crack da região da Cracolândia em São Paulo, em dezembro de 2011, pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo (UNIAD/UNIFESP), 47% dos entrevistados disseram que se submeteriam a tratamento, 62,3% expressaram o desejo de parar de usar drogas e 18,8% afirmaram que gostariam de se submeter a algum tratamento para diminuir o consumo. Ainda dentre os entrevistados, 61% informaram que já se submeteram a tratamento alguma vez na vida e dentre as instituições que ofereceram essa assistência 53% foram as Igrejas, 22% ONGs, 10% projetos sociais, 5% família ou amigos, 2% casas de recuperação e 8% não informaram quem ofereceu (Ribeiro & Laranjeira, 2012).

Informações levantadas pelo Senado Federal (2011b) indicam que as comunidades terapêuticas são responsáveis por quatro em cada cinco internações de dependentes químicos. Como internação não significa tratamento, vale ressaltar que essa estatística se refere ao

alcance das comunidades terapêuticas em termos quantitativos. Quando entramos no mérito da eficácia, não há estudos que fornecem evidências suficientes de que tais instituições apresentam resultados satisfatórios para a maioria das pessoas que nelas são internadas. Afinal, como já defendia Oswaldo de Camargo (1947), “é difícil a recuperação dos alcoólatras. Tão difícil que a medicina e a religião, de mãos dadas, não conseguiram nos Estados Unidos obter uma solução razoável para o problema (...)” (p. 77).

4 O QUE DIZEM OS DOCUMENTOS OFICIAIS

“O alcoolismo é uma doença e não um caso de polícia: como tal, deve o indivíduo embriagado ser conduzido a um hospital e não à cadeia”.
(Camargo, 1944a, p. 95).

4.1 Políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil: décadas de 1970 a 2000

Como apontamos anteriormente, a legislação brasileira sobre drogas na primeira metade do século XX esteve voltada fundamentalmente para a proibição e criminalização do uso e comércio dessas substâncias, prevendo a permanência dos usuários em prisões ou sanatórios. Apesar disso, estudiosos como Caldas (1935), Pacheco e Silva (1939), Porto-Carrero (1933), Rezende (1934), dentre outros, já indicavam a necessidade de se rever a forma de tratamento dos dependentes químicos, como verificamos no trecho a seguir, publicado em 1934 por Cunha Lopes. Lembrando que, para boa parte dos adeptos da higiene mental, a genética e os aspectos individuais tinham um papel preponderante nas causas do alcoolismo e das toxicomanias, como consta no excerto a seguir.

Contra os vícios pouco valem as medidas drásticas. É preciso cuidar-se do essencial: ver o viciado, enxergar-se na sua personalidade e estrutura psicopatológica e tratá-la geneticamente. Aí surge primeiro a educação, depois a profilaxia: enfim, isso que se concretiza no esplêndido conceito de assistência integral (C. Lopes, 1934, p. 115).

A partir da década de 1970, a influência da medicina na legislação sobre drogas ganhou força. Como atenta Sáad (2001), nesse momento “(...) há uma dupla inserção do dependente: como doente e como marginal (...)” e o Direito passa a dividir com a Psiquiatria a atenção aos usuários de drogas (p. 25).

A Lei nº. 5.726 (1971), por exemplo, previa medidas de recuperação aos infratores viciados, por determinação judicial de internação dos usuários em hospitais para tratamento

psiquiátrico. E a Lei nº 6.368 (1976) apontava a obrigatoriedade do tratamento sob regime de internação hospitalar, quando o quadro clínico do dependente ou as suas manifestações psicopatológicas demandassem. Se não houvesse tal necessidade, o tratamento poderia ocorrer em serviços públicos extra-hospitalares.

Ainda na década de 1970, a preocupação econômica com os gastos ligados à saúde estimulou vários países do mundo a avaliarem os tratamentos que estavam sendo oferecidos. Com isso, os atendimentos ambulatoriais, menos custosos e mais breves que os hospitalares, ganharam repercussão, especialmente para pacientes mais jovens e com problemas em estágios iniciais (Marques, 2001).

Paralelamente, desenvolvia-se a Reforma Psiquiátrica, movimento iniciado na Itália na década de 1960, que posteriormente repercutiu para outros países, até ser considerada atualmente uma referência internacional reconhecida pela comunidade científica e Organização Mundial de Saúde. A Reforma tem como objetivo fundamental o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. Teve suas bases nos pressupostos defendidos por Franco Basaglia, contou com a participação de familiares e usuários dos serviços de saúde, e, desse modo, possibilitou o contexto para a consolidação do processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental (Amarante, 2005).

No Brasil, apesar de vários estudiosos do início do século XX, como veremos mais adiante, já apontarem a ineficácia do isolamento para tratamento dos doentes mentais, até a década de 1980 predominava o entendimento de que os Hospitais Psiquiátricos eram a principal opção para os doentes mentais e usuários de álcool e outras drogas (Boarini, 2011; Pitta, 2011). Vale ressaltar que somente na segunda metade da década de 1980 os primeiros serviços extra-hospitalares para atenção aos usuários de drogas ilícitas foram criados no Brasil (Alves, 2009).

Voltando o foco para as políticas sobre álcool e outras drogas, ainda na década de 1980 foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, através do Decreto nº 85.110 (1980), sendo um de seus principais objetivos formular a Política Nacional de Entorpecentes. Esse Sistema tinha como órgão central o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), que vigorou até 1998, quando foi então transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

No ano de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), que trouxe significativos avanços na luta pelo direito à assistência em saúde a toda a população. As discussões ocorreram em torno da busca pela consolidação da Reforma Sanitária, através

da qual se entendia que as mudanças necessárias no âmbito da saúde deveriam transcender os limites de uma reforma administrativa e financeira, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

Nesse sentido, os participantes dessa Conferência discutiram a necessidade de separação da “saúde” e “previdência”, de forma que esta deveria se encarregar das ações próprias de seguro social (pensões, aposentadorias e demais benefícios), enquanto aquela estaria entregue a um único órgão, a nível federal, financiado por receitas originadas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde.

Ainda na década de 1980, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que dispõe sobre o direito de todos à saúde, sendo dever do Estado garantir aos mesmos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição estipula que tais ações e serviços integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas e participação da comunidade.

A Lei nº 8.080 (1990) veio então determinar as ações e serviços de saúde, em todo território nacional, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde, nos pressupostos dessa Lei, é compreendida sob inúmeros fatores, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Considera-se, portanto, que os níveis de saúde da população são expressão da organização social e econômica do país.

Avançando um pouco mais, a partir do ano 2000 podemos verificar mudanças substanciais na legislação brasileira sobre drogas, especificamente no que se refere à relevância dada à atenção à saúde dos usuários. Um marco nesse sentido foi a Lei Federal nº 10.216 (2001), que regulamentou a Reforma Psiquiátrica na atenção aos doentes mentais e usuários de álcool e outras drogas.

Mesmo assim, percebe-se que a perspectiva proibicionista continuava predominando junto às políticas públicas. Um exemplo foi a Lei nº 10.409 (2002), que dispõe sobre “(...) a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica (...)” (p. 1).

A mesma lei defendia que o tratamento do usuário deveria ser realizado por equipe multiprofissional e, na medida do possível, com a assistência de sua família. Nesse contexto, “uma importante mudança refere-se à distinção feita entre as atividades antidrogas e aquelas

de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, conferindo maior destaque a estas últimas” (Alves, 2009, p. 2315).

Em agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas através do Decreto nº 4.345 (2002), que estabelecia “(...) objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas” (s/p). Observamos que essa Política trouxe a proposta da redução de danos, mas ainda sob um enfoque “antidrogas”.

Também foi proposto nesse documento o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), que é responsável pela organização de dados referentes ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, os quais podem auxiliar no desenvolvimento de programas e campanhas para a abordagem dessas questões.

Também no ano de 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, pela Portaria nº 816 (2002), que estabeleceu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), visando desenvolver atividades em saúde mental para os usuários dessas substâncias. Esse Programa também apontava para a atenção aos usuários em dispositivos de maior complexidade, nas situações de crise, abstinência e intoxicação (Raupp *et al.*, 2011).

M. G. P. N. Oliveira (2009) acrescenta que, através desse mesmo Programa, o Ministério da Saúde reconheceu que o consumo de drogas tem trazido graves implicações sociais e que se constitui um dos grandes problemas a ser enfrentado pela saúde pública. Tal proposta teve como um dos principais objetivos a organização e implantação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esses usuários.

Para Machado e Miranda (2007),

(...) ainda que o fenômeno do uso de drogas tenha sido objeto das intervenções governamentais durante o século XX, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas (p. 818).

Pelo exposto na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (Brasil, 2003), verificamos o reconhecimento, por parte dos dirigentes públicos, de que o agravo decorrente do abuso de substâncias psicoativas, juntamente com a

ausência de propostas concretas para o seu enfrentamento, fez surgir no Brasil diversos modelos de atenção de caráter fechado e total, sendo a abstinência o único objetivo a ser alcançado com esse tipo atendimento. Tal Política defendia o fortalecimento de uma rede de assistência focada na atenção comunitária, em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, tendo como diretriz a lógica ampliada da redução de danos, vinculada à rede de serviços sociais e de saúde. Reconhecia que a dependência de drogas afeta as pessoas de maneiras diferentes, por razões distintas, em diferentes contextos e circunstâncias. Desse modo, para que uma política de saúde seja coerente e efetiva, deve-se adotar diferentes estratégias. Dentre as ações contempladas por essa Política, estão:

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (...) (p. 11).

Vale lembrar, segundo Daúd Júnior (2011), que tais iniciativas transformadoras foram emergindo com sucesso graças às ações de vários agentes, no caso, os próprios usuários dos serviços de saúde mental (e familiares), lideranças comunitárias e sindicais, trabalhadores da saúde e saúde mental. Com esses novos atores sociais também emergiu um novo saber, que significou um embate ao saber psiquiátrico tradicional, às concepções preventistas e à atitude discriminatória dominante.

No ano de 2005, o Governo Federal, através da Portaria nº 245 (2005), Portaria nº 1.028 (2005) e Portaria nº 1.059 (2005), buscou assegurar o incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e a regulamentação de ações que visem à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do consumo de substâncias que causam dependência.

No mesmo ano, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas, pelo CONAD, a qual estabelecia ações de prevenção e repressão ao tráfico de drogas, tratamento, recuperação e reinserção social aos usuários e estratégias de redução de danos. Nesse sentido, entendia-se que tais medidas são alcançadas pela ação de uma rede assistencial integrada e articulada com o SUS e o SUAS, da qual participam entidades governamentais e não governamentais, como

as unidades básicas de saúde, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, 2005).

Em 2006, pela Lei nº 11.343 (2006), a Presidência da República instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que apontava medidas para a prevenção do uso indevido dessas substâncias, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, e estabelecia normas para o combate à produção não autorizada e ao tráfico de drogas. A Lei nº 11.343 (2006) revogou a Lei nº 6.368 (1976) e a Lei nº 10.409 (2002).

No ano seguinte, foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, através do Decreto nº 6.117 (2007). Essa política tinha como objetivo sustentar estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas associados ao abuso do álcool, pela intersetorialidade e integralidade das ações, na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. Também estavam previstos a regulamentação, monitoramento e fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, bem como da comercialização desses produtos em contextos de maior vulnerabilidade à estimulação para o consumo de álcool e às situações de violência e danos sociais.

4.2 A importância das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Nesse processo de discussão e busca por avanços na assistência à saúde, consideramos importante lembrar as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, as quais possibilitaram debates sobre aspectos fundamentais na atenção às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.

Com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, reafirmou-se a implantação da Reforma Sanitária brasileira, tendo como premissas conceituais a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação. Nessa Conferência foi manifestada a preocupação de se priorizar as ações extra-hospitalares de atenção em saúde mental, em detrimento do modelo "hospitalocêntrico" e "psiquiatrocêntrico". É importante destacar que a questão do álcool e outras drogas não apareceu no relatório dessa Conferência como foco de atenção, mas teve um relevante aspecto pontuado, no que se refere à defesa pela

retirada do alcoolismo ou outra dependência como causa de demissão e exclusão do trabalho (Brasil, 1988).

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1992 e teve como conceitos direcionadores a atenção integral e a cidadania, foi preconizada a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada, que tivessem como princípio a integridade do cidadão, em seus aspectos sociais, da educação, cultura, esporte, lazer, seguridade social e habitação (Brasil, 1994).

No que se refere à questão do álcool e outras drogas, a II Conferência trouxe a defesa pela descriminalização do dependente, a promoção de campanhas de saúde pública para combater o alcoolismo, prioritariamente desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, e a criação de programas específicos para o tratamento de alcoolistas e demais dependentes químicos, a serem prestados por equipes constituídas por profissionais de nível superior e por agentes de saúde, em nível ambulatorial e nas unidades de internação. Também se buscou regulamentar a internação dos usuários, quando necessária, em hospitais gerais e a assistência global nos serviços territoriais de saúde, considerando os grupos de autoajuda (AA, NA e outros) como possibilidade de atenção nesse sentido (Brasil, 1994).

Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada na sequência da regulamentação da Reforma Psiquiátrica pela Lei nº 10.216, reafirmou a necessidade de criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada ao SUS, que evitasse a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas para tal (Brasil, 2002).

Foram defendidas nessa Conferência, dentre outros pontos, a garantia de que o Ministério da Saúde e a Vigilância Sanitária orientem e controlem a distribuição de medicamentos para as pessoas com dependência de drogas, para se evitar a dependência da medicação; a garantia de que os órgãos fiscalizadores desenvolvam uma atuação mais efetiva na fiscalização do funcionamento de bares e similares que comercializam bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas; e a criação de uma legislação destinada à proibição de propagandas que incentivem o uso das drogas lícitas (Brasil, 2002).

Também verificamos no relatório da III Conferência a proposta de incluir na legislação que proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos a obrigatoriedade de se informar nas propagandas os efeitos nocivos do consumo do álcool e os riscos do seu uso na condução de veículos (Brasil, 2002).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, teve como um dos motes principais a garantia de que o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas ocorra em

rede diversificada de ações e serviços de base comunitária e territorial. Na ocasião foram ratificadas

(...) a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas de saúde mental na atenção básica, ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPSi, CAPS AD, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) / Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo (Brasil, 2010b, p. 74).

Além disso, como ponto defendido na IV Conferência está o não credenciamento pelo SUS de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que impliquem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico à assessoria de saúde mental do estado, levando em conta as propostas dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

4.3 As atuais políticas públicas sobre álcool e outras drogas

Focando então a legislação atual, registramos a Portaria nº 1.190, lançada em 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde. Esse Plano estabelece a diversificação das “(...) ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas” (p. 4); bem como a construção de respostas intersetoriais efetivas, que considerem o ambiente cultural e os direitos humanos, e que possam enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou então uma série de documentos para regulamentação da atenção a usuários de drogas, dando atenção especialmente ao crack. O

Decreto nº 7.179 (2010) instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criando o seu comitê gestor, o qual posteriormente sofreu algumas alterações indicadas pelo Decreto nº 7.637 (2011).

Em setembro de 2010, o Governo Federal lançou alguns editais e portarias para ampliação e qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo o investimento de 140 milhões de reais na ampliação dessa rede, oferecendo capacitação de profissionais e mais de 6 mil leitos em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e, apesar dos pontos contrários levantados na IV Conferência, em Comunidades Terapêuticas.

Nessa ocasião, também foram lançados os Editais para implantação e ampliação das Casas de Acolhimento Transitório (CAT) e para a implantação de Centros de Referência para Formação Permanente; a Portaria nº 2.841 (2010), que instituiu o funcionamento 24 horas de Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) no âmbito do SUS; a Portaria nº 2.842 (2010), que aprovou as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em situações de urgência que demandem internações de curta duração; e a Portaria nº 2.843 (2010), para criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Modalidade 3 –, que priorizam a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas.

Em julho de 2011 o Ministério da Saúde lançou a VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (Brasil, 2011b), tendo como objetivo selecionar projetos propostos por profissionais não pertencentes ao quadro de servidores do CAPS, para auxiliar na organização dos serviços e direcionar as ações e reflexões das equipes que atuam nos serviços de saúde mental para álcool e outras drogas. Esses projetos devem fundamentalmente estar em consonância com os princípios do SUS e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. Vale acrescentar que essas chamadas vêm sendo realizadas nos últimos anos, considerando a Portaria nº 1.174 (2005), que propôs incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial.

Ainda como parte das ações voltadas à atenção em álcool e outras drogas, em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 3.088, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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.

A partir dessa Portaria, a Rede de Atenção Psicossocial passa a ser constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção Básica em Saúde: UBSs, Consultórios de Rua, Centros de Convivência;
- II. Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II, III, CAPS AD, AD III e CAPSi;
- III. Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, pronto atendimento, UBS, CAPS e outros;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento – ambiente residencial 24 horas, com permanência de no máximo 6 meses; Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas) – permanência por até 9 meses para pacientes com necessidades clínicas estáveis;
- V. Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em hospitais gerais; Serviço Hospitalar de Referência;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização: iniciativas que buscam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência os seus direitos, promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social;
- VII. Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

Mais recentemente, no início de 2012, foram lançadas as seguintes Portarias: a) Portaria nº 130 (2012), que redefine o funcionamento dos CAPS AD III (24 horas) e os respectivos incentivos financeiros; b) Portaria nº 131 (2012), que dispõe sobre incentivo financeiro aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas, no valor de R\$ 15.000,00 mensais para cada módulo de 15 vagas, sendo que cada entidade pode ser beneficiada com no máximo 2 módulos (30 vagas); c) Portaria nº 132 (2012), que institui incentivo financeiro para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, do qual participam iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais; d) Portaria nº 148 (2012), que define as normas de funcionamento e habilitação, bem como institui incentivos financeiros aos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento/transtorno mental e com demandas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

De acordo com a Portaria nº 131 (2012), as entidades interessadas em receber o incentivo deverão integrar uma região de saúde que conte com os seguintes dispositivos em sua Rede de Atenção Psicossocial: pelo menos um CAPS, de preferência CAPS AD III; pelo menos uma Unidade de Acolhimento Adulto; serviço hospitalar de referência para pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e apoio de atendimento de urgência (SAMU e pronto atendimento). Deve a entidade, então, estar em estreita articulação com esses serviços, de forma que o residente nela inserido receba acompanhando da equipe do CAPS durante todo o processo.

Além dos recursos já contemplados pela Portaria nº 131 (2012), as comunidades terapêuticas também podem receber entre R\$ 45.000,00 a R\$ 108.000,00, num período de 12 meses, para a execução de projetos que contribuam para a reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, conforme processo seletivo indicado no Edital de chamamento público nº 8, de 12 de abril de 2012.

Desse modo, para que a rede comunitária de cuidados seja efetiva, é imprescindível a articulação dos diferentes dispositivos que a compõem. Como aponta a própria Política Nacional sobre Drogas (Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, 2005), não são os dispositivos ou serviços em particular que possibilitam o acolhimento das pessoas com sofrimento mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, mas sim a organização em rede dos diferentes dispositivos do município, não apenas do setor de saúde.

Verificamos que, de acordo com os documentos oficiais vigentes que foram brevemente apresentados nesse capítulo, o tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas pode ocorrer em diferentes dispositivos de atenção, abrangendo desde os cuidados básicos até a necessidade de desintoxicação, em uma rede que lhe possibilite atendimento integral, nos moldes da intersetorialidade defendida pelo SUS.

No entanto, como é de consenso de alguns autores, como Bezerra Jr. (2007), Boarini (2011), Daúd Júnior (2011), Luzio (2011) e Pitta (2011), apesar da rede de atenção comunitária ter sido ampliada no Brasil nos últimos anos, os dispositivos existentes ainda estão longe de darem conta de toda a demanda de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Sendo assim, abre-se um espaço para a entrada de outros serviços de tratamento a esses pacientes, como os grupos de autoajuda e as comunidades terapêuticas, que inclusive foram incluídas na rede de atenção psicossocial pela Portaria nº 3.088 (2011).

Assim, apesar de todo movimento pela Reforma Psiquiátrica e, em tese, serem estes os princípios que devem embasar o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, os hospitais psiquiátricos e demais instituições de internação prolongada continuam sendo

admitidos dentro das políticas públicas de saúde mental e apoiados pela sociedade que clama por soluções imediatas para esse problema. Aliado ao aumento do consumo abusivo de álcool e outras drogas, segundo Alves (2009), “a explicação para este esforço de conciliação entre racionalidades divergentes no que se refere ao conteúdo e à organização das práticas de saúde pode ser remetida ao conflito de interesses entre representantes dos diferentes modelos assistenciais no país” (p. 2316).

Nesses mais de dez anos após a promulgação da Lei nº 10.216 (2001), temos a entrada orgânica do enfrentamento do uso prejudicial das substâncias psicoativas nos governos federal, estaduais e municipais. Com isso, o grande desafio que se coloca para gestores e profissionais de saúde é como contemplar as necessidades concretas dos usuários dos serviços. Apesar das várias portarias e decretos federais estipularem financiamento para a construção/manutenção dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, poucas iniciativas partem dos estados e municípios onde estão efetivamente essas pessoas. E é nesse vazio de alternativas públicas da rede de assistência que entram as comunidades terapêuticas, que têm a oferecer apenas o enclausuramento do problema (Pitta, 2011).

4.4 A perspectiva da redução de danos

Conforme podemos verificar na legislação em saúde mental no Brasil, a redução de danos passou a ser considerada, fundamentalmente a partir da década de 1990, uma importante estratégia de ação junto às políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Sendo assim, consideramos importante destacar a seguir alguns pontos referentes a essa perspectiva.

De acordo com Alves (2009), no Brasil, o desenvolvimento da legislação referente ao consumo de drogas aponta para dois principais posicionamentos políticos: o proibicionismo, que foca a “redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas” (p. 2310); e a abordagem da redução de danos, que propõe intervenções que objetivam minimizar os danos à saúde, os prejuízos sociais e econômicos vinculados ao consumo de drogas, sem com isso proibi-lo.

Na concepção de Raupp *et al.* (2011), de um modo geral, as iniciativas do governo para lidar com a questão das drogas têm assumido fundamentalmente um caráter da repressão

e não de saúde pública. A lógica acaba sendo a mesma dos pressupostos higienistas, que entendia que para se acabar com o “mal” causado pelas drogas era necessário retirar o doente do convívio social.

M. G. P. N. Oliveira (2009) e Alves (2009) observam que as políticas de intervenção pautadas na repressão do consumo e na abstinência como principal objetivo a ser alcançado com o tratamento têm se mostrado no mínimo insuficientes, especialmente pela dificuldade de adesão pelos usuários. As ações de cunho proibicionista não fazem distinção entre o consumo de drogas ocasional daquele considerado abusivo/prejudicial, capaz de causar dependência química e produzir danos sociais e à saúde. Com isso, o Ministério da Saúde abriu possibilidades para a entrada da perspectiva da redução de danos, que é uma abordagem mais flexível e de mais fácil adesão pelos próprios usuários.

A redução de danos é uma estratégia utilizada na Inglaterra desde o ano de 1926, quando médicos prescreviam suprimentos regulares de opiáceos aos dependentes dessas drogas. Esse suprimimento substituto ajudava no processo de desintoxicação. Nos anos de 1980, a estratégia da redução de danos se desenvolveu na Holanda voltada para o controle de epidemias das Hepatites B e C e para o controle do contágio da AIDS, através da distribuição de seringas descartáveis e outras ações. Essa perspectiva ganhou força em diversos países do mundo, mesmo que de forma não oficializada, os quais passaram a entender que a contaminação pela AIDS e suas consequências eram muito piores que a toxicomania (M. G. P. N. Oliveira, 2009).

Conforme apontado por T. M. Andrade (2011), as experiências de países pioneiros na adoção de programas de redução de danos trouxeram evidências de que os mesmos não aumentavam o consumo de drogas, como discutido por alguns setores; pelo contrário, os programas ofereciam grande vantagem na relação custo-benefício para governos e populações.

No Brasil, no ano de 1989, ocorreu a primeira tentativa de implantação de um programa de troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis em Santos-SP, cidade de destaque na Reforma Psiquiátrica brasileira. Então, desde 1994 o Ministério da Saúde tem assumido a redução de danos como importante estratégia de saúde pública para a prevenção da hepatite, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas injetáveis. Entre os anos de 1995 e 2003 foram abertos mais de 200 programas de redução de danos no país, com as ações ampliadas para outras populações, que não só usuários de drogas injetáveis, como profissionais do sexo, usuários de crack e presidiários. Vale ressaltar que a

partir de 2003 observou-se um crescimento bem mais lento das ações em redução de danos, com a descontinuidade de muitos projetos nesse sentido (T. M. Andrade, 2011).

Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental destacou a necessidade de se garantir que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos para a prevenção do contágio pela AIDS, hepatite e outras doenças transmissíveis, e que todos os municípios implantem tais programas, promovendo o envolvimento da comunidade nesse processo.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou um documento para a abordagem da redução de danos e o álcool, no qual são especificados alguns elementos importantes sobre as estratégias de políticas e intervenções em saúde pública: as estratégias de redução de danos devem ser complementares às de controle da demanda e da oferta; o foco está nas consequências e não nos comportamentos em si; as estratégias devem ser atingíveis e devem reconhecer que o consumo do álcool não será interrompido em muitos locais, bem como os problemas associados a esse consumo (Brasil, 2004).

Em 2007, foi realizado o I Seminário Integrado de Redução de Danos no SUS, do qual participaram gestores estaduais e municipais, bem como representantes de movimentos sociais. O seminário teve como objetivo fundamental oficializar essa estratégia de prevenção, promoção da saúde e tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Assim, a partir de 2008, as ações de redução de danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas foram intensificadas, ainda que o avanço dessa política não tenha ocorrido de forma linear em território nacional, conforme nos lembra T. M. Andrade (2011). Exemplos de propostas nesse sentido foram a ampliação do financiamento para estas ações nos CAPS AD, nos termos da Portaria nº 1.059 (2005); e a criação das Escolas de Redutores de Danos e do Comitê de Assessoramento às Políticas de Redução de Danos.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2010, a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial assumiu relevante importância, ao se fortalecer as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, contrapondo o modelo predominante que prioriza a abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas.

Nessa perspectiva, os profissionais envolvidos não entendem o seu saber como “verdade absoluta”, mas valorizam outros saberes, de outros profissionais e dos próprios usuários. Essa vertente parte do pressuposto de que o consumo de drogas faz parte da história da humanidade, de forma que o ideário de uma sociedade completamente livre de drogas acaba perdendo o seu sentido (Alves, 2009; Brasil, 2011a).

Assim, vendo o uso de substâncias psicoativas de forma real, sem preconceitos, torna-se possível reconhecer que as drogas têm significações na vida subjetiva e social do ser humano. Esse consumo pode ser então compreendido dentro dos contextos culturais, sociais, políticos, econômicos e subjetivos em que se processam. Essa visão amplia a compreensão sobre o campo das toxicomanias, além de diminuir os estigmas e preconceitos em relação aos usuários (M. G. P. N. Oliveira, 2009).

Além disso, o próprio Ministério da Saúde informa que “há efeitos positivos no uso moderado de álcool, como relaxamento, socialização em festas etc. E o uso moderado (três ou quatro copos por semana), aparentemente protege as pessoas acima de 45 anos de doenças cardiovasculares” (Brasil, 2004, p. 16). Com isso, considera-se que é o uso abusivo de álcool, bem como de outras drogas, que traz como consequências problemas de saúde físicos e mentais, alterações de comportamento, maior envolvimento em acidentes, conflitos com a lei, dentre outras complicações.

Portanto, se o uso de drogas não pode ser suprimido da sociedade, é possível pensar em estratégias que possam reduzir os danos relacionados a esse consumo, tanto para os usuários quanto para a sociedade. Essa perspectiva implica, portanto, na defesa pela ampliação e diversificação dos componentes da rede de tratamentos e pela garantia dos direitos das pessoas que usam drogas. Por conta disso, o enfoque da redução de danos tem sido entendido como aquele que confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas (Alves, 2009; M. G. P. N. Oliveira, 2009; Brasil, 2011a).

5 A CONVERSÃO INSTITUCIONALIZADA

“De que vale toda a liberdade de ambulatoria de que desfrutam dentro das Colônias, se o ambiente d’essas Colônias é artificial e não satisfaz as exigências da vida normal do homem!?”
(Caldas, 1935, p. 95).

5.1 Considerações gerais sobre as comunidades terapêuticas

Segundo De Leon (2003), a ideia de comunidade terapêutica (CT) é verificada ao longo da história sob diferentes formatos. Alguns estudiosos sugerem que o protótipo da CT é bastante antigo, podendo ser associado a todas as formas de cura e de apoio comunitário de que se tem relato, embora o nome *comunidade terapêutica*, não se tem muito claro, parece ter sido popularizado em Nova York somente na década de 1960.

Em sua forma contemporânea, podemos dizer que surgiram duas grandes variantes dessas instituições: uma no campo da psiquiatria social, que consiste em unidades destinadas ao tratamento psicológico e guarda de pacientes psiquiátricos, dentre ou fora de ambientes hospitalares de tratamento de transtornos mentais; e outra que são os programas de tratamento residencial para dependentes de álcool e outras drogas (De Leon, 2003). São esses programas que constituem objeto do presente estudo.

Para o autor citado, a metodologia básica das comunidades terapêuticas tem forte influência do modelo originário do Grupo de Oxford, uma organização religiosa sediada em Nova York, fundada na década de 1920 pelo ministro evangélico luterano Frank Buchman. Dentre os ideais e práticas defendidos por esse grupo estavam a ética no trabalho, o cuidado mútuo, valores como honestidade, altruísmo e amor, o reconhecimento dos defeitos de caráter e a reparação dos danos causados.

Na década de 1940, essa modalidade de intervenção se desenvolveu consideravelmente na Grã-Bretanha, inicialmente destinada para o tratamento de transtornos psiquiátricos, sendo posteriormente adaptada ao tratamento aos usuários de drogas. Em 1953, por exemplo, essa proposta foi reconhecida quando o psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones, desenvolveu um modelo de internação para tratamento de soldados que estiveram na II Guerra Mundial e que apresentavam traumas diversos (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008).

Durante os anos de 1950, as comunidades terapêuticas tiveram repercussão como alternativa ao tratamento psiquiátrico manicomial, especialmente nos Estados Unidos. Por volta da década de 1960, foram surgindo as primeiras comunidades dedicadas exclusivamente ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas, como a Synanon (1958) e Daytop Village (1963). Estas tinham influência não só do Grupo de Oxford, mas também dos princípios preconizados pelos Alcoólicos Anônimos (AA), originado em 1935. Por esse modelo, a expectativa de mudança consiste em entregar a vida a uma força superior e a partir daí conseguir a recuperação. Prioriza-se ainda o autoexame, a reparação de males que se tenha causado a outros, a oração na luta pessoal e a ajuda a outras pessoas para que se empenhem num processo de mudança dessa natureza¹⁰ (De Leon, 2003; Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [OBID], 2007). Como aponta Camargo (1945), a condição essencial para a cura por essa abordagem estaria no desejo honesto de parar de beber.

Vale ressaltar que, embora a comunidade de Synanon mantivesse a tradição de AA de independência fiscal, ela desenvolveu negócios lucrativos, buscando recursos nos setores públicos e privados. Em geral, segundo De Leon (2003), essa comunidade, que depois constituiu modelo para outras entidades, reconfigurou uma série de influências na forma de tratamento da dependência química, incorporando elementos morais e espirituais do Grupo de Oxford e de AA, junto com conteúdos da psicologia e filosofia predominantes em meados do século XX, como o existencialismo e a psicanálise, tendo como objetivo não só manter a abstinência do residente, mas também mudar a sua personalidade e seu estilo de vida.

Como discute o mesmo autor, o clima social e as influências culturais dos Estados Unidos naquela ocasião também constituíram elementos fundamentais para as comunidades terapêuticas da época se configurarem como tal. Desse modo, a organização social dessas entidades era caracterizada por ênfase no autocontrole, na aceitação da liderança fundada na autoridade e na busca agressiva por recompensas sociais tangíveis, elementos estes que refletem características do ideal de caráter norte-americano: empreendedor, pragmático, aquisitivo.

De Leon (2003) discute ainda que os primeiros responsáveis pelo tratamento em CTs eram os dependentes químicos e alcoólicos em recuperação, mas em seu formato mais recente essas instituições passaram a sofrer forte influência das áreas da educação, medicina, psiquiatria, direito, religião e ciências sociais. Apesar dessas mudanças não terem modificado

¹⁰ Esses e outros princípios estão explicitados nas cartilhas “Doze Passos”, “Doze Tradições” e “Doze Conceitos”, demonstradas pela Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, disponibilizadas em <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>.

os princípios básicos ou essenciais da abordagem das CTs, elas possibilitaram que a mesma deixasse de ser considerada uma abordagem de autoajuda esotérica e alternativa, para então ser entendida como uma “(...) modalidade de atenção humana inserida na corrente principal” (p. 27).

Com a multiplicação de iniciativas desse tipo na América do Norte, a experiência foi exportada para alguns países da Europa e, posteriormente, para a América Latina, Ásia e África.

No Brasil, segundo Alves (2009), as comunidades terapêuticas, em sua maioria instituições não governamentais, iniciaram na década de 1970 e tiveram maior expansão na década de 1990, fenômeno este que se deve às próprias falhas na assistência do setor público de saúde na questão do álcool e outras drogas. Monte Serrat (2002) acrescenta que as comunidades terapêuticas foram se expandindo no Brasil em função do aumento do consumo de drogas, especialmente pelos jovens. Para Costa (2009), as comunidades terapêuticas foram implantadas antes da efetivação das políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no país. Desde então, esses serviços se multiplicaram, ocupando a lacuna deixada pelos serviços públicos.

No que se refere aos princípios que embasam o atendimento proposto pelas comunidades terapêuticas, verifica-se em Marlatt e Gordon (1993, citado por Raupp *et al.*, 2011), que o modelo moral é predominante no atendimento disponível na maioria das comunidades terapêuticas.

É importante considerar as questões apresentadas por Araújo (2003) para o entendimento dos pressupostos que embasam o atendimento proposto por tais instituições:

A forma assumida por uma comunidade terapêutica reflete a filosofia subjacente da organização que a fundou. Algumas comunidades são notadamente marcadas pela hierarquização de funções e comandos, por técnicas de autoajuda e terapia comportamental, enquanto outras propõem uma estrutura “mais democrática”, com cursos profissionalizantes e abordagens psicanalíticas. Há também as comunidades cuja proposta de recuperação é baseada em alguma filosofia religiosa (...). No entanto, independente da linha adotada e do nível de especialização do atendimento, a grande maioria delas tem por

objetivo a **abstinência completa de qualquer tipo de substância** (s/p, grifo do autor).

Como veiculado pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas [FEBRACT] (2011a), Maxwell Jones ressaltava a necessidade da “(...) participação ativa dos internos na própria terapia, a comunicação social democrática e igualitária, o envolvimento de sentimentos, permitindo a redução de tensões sociais” (s/p). Elena Goti, em 1997, defendeu que as comunidades terapêuticas não se destinam a todo tipo de dependente, que o tratamento deve ser aceito voluntariamente e “(...) que o residente é o principal ator de sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda” (s/p). George De Leon, em 2000, enfatizou que a comunidade terapêutica tem sua abordagem focada na autoajuda, fora das correntes médica, psiquiátrica e psicológica. A ideia básica por essa abordagem é de que a pessoa pode se recuperar, mas não consegue isso sozinha. Ele acrescenta que seria perigosa a introdução de práticas que contrariem os princípios da comunidade terapêutica (FEBRACT, 2011a).

De acordo com Pozas (1998), as comunidades terapêuticas foram criadas em busca de respostas aos problemas provenientes da dependência de álcool e outras drogas. Para tanto, investem em um ambiente que deve necessariamente ser livre dessas substâncias e em uma forma de tratamento em que o paciente é considerado protagonista de sua própria cura. Trabalha-se com regras, limites e funções bem delimitadas, bem como com o controle das emoções.

Segundo De Leon (2003), na perspectiva das CTs a dependência química é considerada um sintoma, não a essência do transtorno. São reconhecidas as influências genéticas, fisiológicas e químicas que predisõem o indivíduo à dependência, mas ele é considerado primordialmente responsável pelo seu transtorno e recuperação. Também se entende que, embora as pessoas se distingam em termos demográficos, sociais e psicológicos, a grande maioria das que estão em CTs partilham determinadas características, ainda que situacionais, como: déficits de percepção e julgamento, dificuldade de tomar decisões e de resolver problemas, bem como falta de capacidades educacionais, de aprendizagem, vocacionais, sociais e interpessoais. Assim, as diferenças individuais que se observam podem modificar planos específicos de tratamento, mas não alteram a meta de mudar a pessoa por inteiro e o curso de sua recuperação.

Sabino e Cazenave (2005) entendem que as comunidades terapêuticas têm como objetivo possibilitar aos pacientes amadurecimento pessoal e reinserção social, permeados por

valores como espiritualidade, responsabilidade, honestidade, solidariedade e amor. Por outro lado, consideram que a metodologia de tratamento, que em geral é a internação em isolamento por alguns meses, requer mais estudos para se verificar se a readaptação social tende a suscitar recaídas aos dependentes.

Como defende De Leon (2003), para as CTs é fundamental separar o dependente de seu ambiente físico, social e psicológico, uma vez que este normalmente está associado à perda de controle e a um estilo de vida disfuncional. Assim, essa separação possibilita aos usuários estarem longe das drogas, cuja facilidade de acesso constitui uma das principais razões para a desistência do tratamento, e permite que eles se vinculem gradativamente à comunidade terapêutica e à sua filosofia de vida. Para Goffman (2008), essa vinculação e enquadramento aos pressupostos de uma instituição fechada, como pontuaremos mais adiante, levam o indivíduo a uma “mortificação do eu”, à perda de sua identidade e a intenso sofrimento.

Quanto à organização do tempo de tratamento observado nas CTs que seguem os modelos mais tradicionais, verificamos que o processo é normalmente dividido em estágios. Inicialmente é realizada uma entrevista de triagem para identificar candidatos que não são indicados para tratamento nas CTs, como aqueles que podem ameaçar a segurança e a saúde da comunidade por terem histórico de tentativas de suicídio, graves distúrbios psiquiátricos e envolvimento com crimes, por exemplo. A triagem também objetiva preparar os possíveis residentes para o tratamento de longo prazo. Se aprovados nessa primeira entrevista, os candidatos devem apresentar exames que atestem sua saúde e a condição de não estarem sob o efeito de drogas (De Leon, 2003).

Uma vez iniciado o tratamento, passa-se para o estágio de indução, cujo objetivo é desintoxicar o residente do uso das drogas e fazer com que ele aprenda as regras e seja assimilado pela comunidade. No próximo estágio, espera-se que o residente já tenha incorporado a necessidade do tratamento e, portanto, participe ativamente das atividades propostas na comunidade. No estágio seguinte, normalmente é trabalhada a reinserção do residente no seu meio social. Nesse momento, é esperado que ele tenha atingido maior consciência sobre si mesmo e sobre suas dificuldades e tenha estabelecido, no decorrer do programa, metas para a manutenção de sua abstinência e para retomar a sua vida na sociedade (De Leon, 2003).

De acordo com o mesmo autor, nas propostas de tratamento mais tradicionais, o usuário passaria em torno de 12 meses em regime de internação e depois outros 12 meses aproximadamente em processo de desligamento da comunidade e construção de sua vida fora

da instituição. Somente ao final desses 24 meses seria proposta a graduação, que corresponde à conclusão formal do programa de tratamento. O autor também reconhece que a maioria dos residentes internados acaba saindo nos 90 dias de admissão, o que inviabiliza a sua preparação efetiva para vida na sociedade e, desse modo, o processo de mudança esperado. É importante lembrar que existem consideráveis variações na organização e na duração dos estágios nas CTs atuais, tanto nas fases de internação como nas de reinserção.

Outros aspectos que caracterizam uma instituição como comunidade terapêutica, distinguindo-a de outras modalidades de atenção, são o isolamento do residente na comunidade, a duração do tratamento em fases, o planejamento das atividades propostas, o dia a dia estruturado, a consideração do trabalho como terapia e educação e a importância da continuidade do atendimento após a saída do residente¹¹ (De Leon, 2003).

5.2 As comunidades terapêuticas junto às políticas públicas de saúde no Brasil

Apresentamos anteriormente um resumo sobre o desenvolvimento das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no século XX e XXI no Brasil. Na sequência, apontaremos especificamente como as comunidades terapêuticas foram abordadas em algumas dessas políticas e destacaremos outros órgãos que foram criados para regulamentar e atender aos interesses dessas instituições.

Como apontado no capítulo anterior, na década de 1980 foi instituído o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), através do Decreto nº 85.110 (1980). Esse órgão propôs, através do Programa de Ação Nacional Antidrogas elaborado em 1996, o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento de usuários de drogas, incluindo as comunidades terapêuticas, a substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às dependências químicas, o apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas, bem como a promoção de capacitação de recursos humanos para atuar junto a essas entidades. Caberia ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes a responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento dessas ações.

¹¹ Para outros aspectos da metodologia de tratamento propostos pelas CTs, como reuniões, grupos, recompensas, sanções, segurança e controle, sugerimos De Leon (2003).

Vale ressaltar que esse Programa, apesar de conter ações sanitárias, não propunha articulação com o SUS (Machado & Miranda, 2007).

Em 16 de outubro de 1990, foi fundada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, que é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, inscrita como órgão de Utilidade Pública Federal (nº 26.170/95-24), registrada no CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social - e cadastrada na SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (FEBRACT, 2011b).

Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental estipulou a garantia de que o SUS controle, fiscalize e delimite a ação das comunidades terapêuticas, com participação efetiva da vigilância sanitária. Com isso, no mesmo ano, a ANVISA elaborou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, de 30 de maio de 2001, com o objetivo de estipular exigências mínimas para o funcionamento dessas instituições, na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

Dentre os pontos destacados nessa Resolução está a responsabilidade técnica pelo serviço atribuída a um técnico com formação superior na área da saúde e/ou serviço social. Além desse profissional, a equipe técnica deveria ser composta por 01 Coordenador Administrativo e 03 Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos antigos CONEN's ou COMEN's (Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes), hoje CONEAD's e COMAD's (Conselhos Estaduais e Municipais de Políticas sobre Drogas).

O documento também dispõe que as pessoas que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico (sintomas graves que representam risco para a vida do paciente, delírios, alucinações ou outros sintomas de transtornos mentais) não devem ser indicadas para tratamento nesse tipo de serviço, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção. A RDC nº 101 também estabelece que a instituição não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas e são proibidos castigos físicos, psíquicos ou morais. O tempo de permanência na comunidade deve ser flexível, considerando-se o cumprimento mínimo do programa terapêutico e a individualidade de cada pessoa, evitando-se assim que o tratamento se torne crônico e que os vínculos sociais e familiares se percam. São estipuladas ainda normas para as instalações físicas da instituição, como o número de leitos por quartos (06 no máximo).

Diante dessa normativa, grande parte das comunidades se mostrou bem resistente, uma vez que as tornava sujeitas a interpelações públicas. Por outro lado, o processo de

normatização desses locais de tratamento, apesar de ter levado a um maior controle do poder público em instituições que funcionavam sem nenhuma regulamentação, possibilitou também a organização da demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, “(...) reforçando uma tendência histórica de manutenção dessa atenção fora do âmbito do setor público de saúde” (Machado & Miranda, 2007, p. 815).

Na ocasião do estabelecimento da Resolução nº 101, a FEBRACT foi convidada a participar do grupo de discussão, apresentou várias sugestões, mas a maioria delas não foi aceita. Foram então propostas algumas modificações para que essa norma estivesse de acordo com a realidade das comunidades terapêuticas. Tais modificações foram conseguidas com a RDC nº 29, aprovada pela ANVISA em 30 de junho de 2011, que será apresentada mais adiante (FEBRACT, 2011b).

Como explicitado anteriormente, verificamos que na Política Nacional sobre Drogas (Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, 2005) as comunidades terapêuticas aparecem ao lado de outros dispositivos (como unidades básicas de saúde, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, grupos de autoajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) a serem articulados e integrados ao SUS e ao SUAS, com distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

Em 2009, a Portaria nº 1.190 (2009) também dispôs sobre ações voltadas às comunidades terapêuticas, propondo a realização de oficina nacional de articulação com essas comunidades e organizações não-governamentais (ONGs), e a criação de mecanismos de regulação para vagas nessas instituições, quando necessário.

Em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental apresentou a necessidade de se manter a decisão do Ministério da Saúde de não remunerar Comunidades Terapêuticas, ECT (eletroconvulsoterapia), psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva. No entanto, ainda no mesmo ano, foi lançado o Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS, que prevê o apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento para usuários de crack e outras drogas em comunidades terapêuticas.

Esse Edital estabelece que as comunidades terapêuticas devem promover a construção de um Projeto Terapêutico Individualizado, com a participação do usuário e se possível de seu familiar, articulando-o com programas de atenção integral da rede SUS e SUAS para usuários de crack e outras drogas, tendo em vista a continuidade da atenção após a saída do estabelecimento. A partir dessas diretrizes, o tempo de permanência do usuário na instituição deve ser estabelecido em comum acordo com a Equipe de Referência da rede de saúde local.

A fiscalização do funcionamento dos leitos, para assegurar que as instituições atendam às demandas de atenção aos usuários, é de responsabilidade da gestão municipal.

Em um esforço para regularizar a situação de diversas comunidades terapêuticas que não estavam adequadas às normas estabelecidas na RDC nº 101 (2001), em 30 de junho de 2011 a ANVISA aprovou a RDC nº 29, que “(...) 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” (s/p). Tal Resolução estabelece critérios para adequação das instituições em até 12 meses, dentre eles: licenciamento sanitário; necessidade de responsável técnico; recursos humanos; capacitação de profissionais; organização do serviço; programa terapêutico; procedimentos assistenciais; prestação de serviços de saúde; infraestrutura; administração de medicamentos e critérios para a escolha dos residentes.

Vale observar que não constam na RDC nº 29 (2011) alguns itens prescritos na RDC nº 101 (2001), como a especificação da equipe técnica mínima, a necessidade do responsável técnico ter formação superior na área de saúde ou serviço social, a flexibilidade do tempo de internação, a exigência de não obrigar os usuários a participar de atividades religiosas e o número máximo de leitos por quarto. Isso pode ser entendido como uma forma de adequar as exigências da ANVISA à realidade de grande parte das comunidades terapêuticas e, possivelmente, aos princípios e interesses de seus dirigentes.

Assim, as tentativas de se incluir as CTs na cobertura do SUS e, desse modo, na rede de atenção em saúde mental, foram finalmente regulamentadas com a Portaria nº 3.088 (2011), como vimos no capítulo anterior.

5.3 As críticas ao modelo

Buscando tecer algumas críticas sobre o modelo de intervenção proposto pelas comunidades terapêuticas, destacamos primeiramente as contribuições de Erving Goffman em torno do conceito de instituições totais, utilizado por outros autores mencionados em nosso trabalho, ao abordarem as comunidades terapêuticas. Segundo Goffman (2008, p. 11), “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Em geral, o ser humano, nas diversas esferas da vida, participa de diferentes lugares, com diversos coparticipantes e sob variados modelos de autoridades. Quando ele é inserido em uma instituição total, essa pluralidade e a sua capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida são perdidas, uma vez que o interno tem que se submeter a obrigações, regras e atividades impostas, estando sujeito a punições em caso de desobediência às mesmas. Tal enquadramento serve à necessidade da instituição de controlar a vida diária de grande número de pessoas, em espaço restrito e com pouco gasto de recursos. Esse processo transforma drasticamente a vida pessoal e o papel social da pessoa internada, levando a uma espécie de “mortificação do eu” que suprime as concepções de si mesmo e da cultura que o interno traz consigo, as quais são constituídas na sua vida familiar e social, e muitas vezes não são aceitas pela sociedade (Goffman, 2008).

O mesmo autor pontua que, em muitas instituições com tais características, busca-se construir uma experiência de existência estável, relativamente satisfatória, de modo a demonstrar como a vida no interior da instituição é desejável, em contraposição ao mundo exterior. Assim, é dada a oportunidade ao interno de incorporar um modelo de conduta ideal dentro da instituição e aceito socialmente. Paralelamente, os internos de muitas instituições totais relatam um intenso sentimento de que o tempo em que ficam no estabelecimento é um tempo perdido. Esse sentimento se deve não só às duras condições de vida nesses locais, mas principalmente às perdas de contatos sociais e à impossibilidade de ali conquistar coisas que possam ser transpostas para a vida externa, como dinheiro, ligações conjugais e crescimento profissional. Isso sem falar da dificuldade de manutenção dos hábitos adquiridos e de adaptação na realidade exterior, quando ocorre a saída do interno da instituição.

Para Birman e Costa (1994), as comunidades terapêuticas, juntamente com os movimentos da Psicoterapia Institucional e Psiquiatria Comunitária, que se desenrolaram principalmente na década de 1960, tiveram início dentro do processo de crítica à estrutura asilar de tratamento dos transtornos mentais, modelo este considerado como um dos grandes responsáveis pela deterioração das condições de vida dos pacientes e agravamento de suas enfermidades. Mas apesar de se diferenciar em alguns pontos, as modalidades de atenção que surgiram como contraponto ao modelo asilar contemplam em si a mesma idéia: de que promover a saúde mental consiste num processo de adaptação social. Assim, o paciente que se adaptar a um grupo, ainda que dentro de uma dinâmica hospitalar, é considerado capaz de se adaptar em qualquer outro grupo social exterior ao asilo.

Como verificamos, Ramos (1941) já defendia que as doenças psíquicas eram consideradas perturbações da capacidade de adaptação social, reconhecendo que o contexto

socioeconômico (a civilização industrial) contribuía para esse adoecimento, já que cada vez mais era observado o problema da adaptação do homem à máquina.

Basaglia (1967/2005) acrescenta que, na Europa, a adoção do modelo de atenção das comunidades terapêuticas, no que concerne à relação entre os doentes e a equipe técnica e à busca por um tratamento humanizado, representou um avanço na evolução do hospital psiquiátrico; mas esse passo não poderia ser considerado a meta final, e sim uma fase transitória no processo de mudança do modelo de atenção ao doente mental.

Para Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008), os tratamentos aos usuários, especialmente os adolescentes, devem criar meios capazes de acolhê-los e auxiliá-los a enfrentar os desafios comuns a essa fase da vida. Também é fundamental o desenvolvimento de um plano de tratamento individual, o qual leve em consideração a sua história de vida em particular, já que não se pode pensar em causas universais para o uso de drogas. Diferente do que se observa na realidade, muitas comunidades terapêuticas acabam por desconsiderar a singularidade de cada indivíduo, propondo a conversão a uma moral específica, relacionada aos princípios da instituição.

As autoras citadas anteriormente concluíram, pelo estudo que realizaram, que na comunidade pesquisada não havia distinção entre uso, abuso e dependência do álcool e outras drogas, de forma que o mesmo tratamento era destinado aos internos, independente de seu grau de envolvimento e tipo de droga utilizada. Verificou-se ainda que a instituição não preparava as pessoas para terem opções de vida ao saírem do internamento, sendo as duas escolhas possíveis para as adolescentes serem religiosas ou monitoras de comunidade terapêutica. O estilo de vida defendido constituía um modelo de identificação rígido demais para a realidade de vida fora da comunidade, portanto fácil de ser abandonado pelas egressas.

Na pesquisa realizada por M. G. P. N. Oliveira (2009) sobre a experiência de Consultório de Rua desenvolvido em Salvador, na Bahia, verificou-se que, pela escassez de serviços especializados para tratamento da dependência química, os centros de internação comunitária de cunho religioso eram as opções mais comuns e entendidas pelos próprios usuários como uma das únicas possibilidades de tratamento. Porém, aqueles que haviam passado por esse tipo de intervenção alegavam que o haviam abandonado em função da rigidez das normas dessas instituições, da rotina enfadonha de orações ao longo do dia, além da dependência em si, o que dificultava a sua adaptação e permanência. Isso porque se entende que a abstinência nem sempre é possível e desejada por todos os usuários.

M. G. P. N. Oliveira (2009) aponta ainda que a rede de saúde especializada para usuários de substâncias psicoativas em situação de rua ainda é pouco estruturada em todo o

Brasil. Muitos usuários que tentavam retomar os vínculos familiares e sociais, após períodos de internação em comunidades terapêuticas, acabavam reincidindo no uso das drogas, uma vez que o contexto não havia sofrido mudanças e os usuários voltavam a se deparar com as poucas possibilidades de trabalho e lazer. Quando o paciente sai de um período de internação, a volta à realidade sem qualquer amparo que sustente a sua decisão de abster-se das drogas acaba facilitando a recaída, independentemente do tempo em que o usuário ficou internado. Daí a importância da atenção em rede, dando apoio psicológico, médico e social.

5.4 As polêmicas em curso

Os decretos e resoluções atuais relativos ao álcool e outras drogas têm levantado vários debates por parte de profissionais de saúde, conselhos de categorias profissionais e outras entidades interessadas, que têm mostrado o seu posicionando frente a essas questões.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), por exemplo, contestaram as propostas de financiamento das comunidades terapêuticas com recursos públicos, os quais deixam de ser investidos na ampliação da rede pública de saúde, no número de leitos para internação e nos hospitais psiquiátricos, defendidos por tais categorias. Destacaram também que muitas CTs substituem o tratamento médico por um programa terapêutico cuja eficácia não é comprovada cientificamente (Senado Federal, 2011a). A ABP solicitou ainda a revogação da Resolução nº 29 da ANVISA, segundo a qual se torna prescindível a presença de médicos nas CTs (ABP, 2011).

Segundo M. K. Dias, Médico Psiquiatra (debate no Blog “Saúde Brasil”, julho de 2011), “com a criação dos leitos para as comunidades terapêuticas não se fortalece a rede de atenção psicossocial, mas se cria uma rede paralela e não complementar”. Sendo assim, seriam necessários argumentos técnicos para se comprovar a eficácia das intervenções propostas por essas comunidades, assim como os serviços propostos a partir da Reforma Psiquiátrica tiveram que provar que oferecem resultados positivos. Nesse sentido, “seria precipitado trazer as comunidades terapêuticas para a rede pública de saúde, com o argumento de que os serviços atuais não estão dando certo”, uma vez que em tanto tempo de existência as próprias comunidades não deram provas de sua eficácia.

M. K. Dias (debate no Blog “Saúde Brasil”, julho de 2011) acrescenta que o incentivo às comunidades com recursos públicos constitui um “retrocesso com consequências muito

sérias”, uma vez que “sinaliza a ideia de que deve existir um local específico para atender aos usuários, isolados de sua comunidade, o que contribui ainda mais para a sua estigmatização”. Além disso, qualquer oferta de saúde pautada unicamente na abstinência acaba tendo uma adesão muito baixa por parte dos usuários.

Na ocasião, o mesmo estudioso defendeu que a política de álcool e outras drogas (que se tinha no Brasil até a entrada oficial das comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial, pelo Ministério da Saúde - Portaria 3.088/2011) teria possibilidades de ser altamente resolutiva, desde que os serviços funcionassem dentro da perspectiva na qual foram planejados, e que houvesse a ampliação dessa rede de atenção, garantindo a universalidade do acesso.

O Conselho Federal de Psicologia (2011b) também se manifestou contra o financiamento das comunidades terapêuticas pelo SUS, alegando que há muitas ofertas de solução pautadas no isolamento e na medicação para um tipo de problema que não surgiu hoje na humanidade, como o uso de drogas. Assim, o CFP chamou a atenção dos gestores públicos de saúde para respeitar os pressupostos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, não estipulando à rede de saúde a entrada das comunidades terapêuticas, que por princípio básico, através da segregação, acabam por violar os direitos daqueles a quem se propõem a cuidar.

O mesmo manifesto aponta que o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas deve ser em liberdade, em uma rede diversificada e territorializada de serviços. Essa rede poderia contar com as equipes de saúde mental na atenção básica, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento, Consultórios de Rua, leitos em hospitais gerais para os quadros de intoxicação e/ou abstinência grave e outros. Esses serviços, estando dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, buscam preservar e resgatar os laços e o apoio sociofamiliar, diferente do que se observa nas comunidades terapêuticas.

Representantes dos usuários dos serviços de saúde mental, do Conselho Nacional de Saúde e de entidades profissionais da área se reuniram com o Ministro da Secretaria Geral da Presidência da República, em 11 de agosto de 2011, solicitando audiência com a presidente Dilma Rousseff para posicionar-se contra o financiamento público, via SUS, das comunidades terapêuticas. Tais entidades defendem que políticas assim vão contra as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, organizada e referendada pelo Governo Federal, a qual tem como base os princípios da Reforma Psiquiátrica, enquanto o modelo de atendimento das comunidades terapêuticas é visto como um retrocesso nesse sentido (Conselho Federal de Psicologia, 2011c).

Juntamente com tais discussões, o CFP também manifestou o seu posicionamento frente às propostas de internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas, entendendo que antes de se pensar nessa forma de intervenção é necessário questionarmos como essas crianças e adolescentes chegaram à condição de morar nas ruas e serem dependentes de drogas e em que medida os seus direitos, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foram de fato garantidos (Conselho Federal de Psicologia, 2011a).

Em setembro de 2011, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (2011d) coordenou a inspeção de 68 unidades de internação de usuários de drogas, que funcionam nos moldes das comunidades terapêuticas, em território nacional. Essa inspeção evidenciou inúmeros casos de violação de liberdade e de direitos, além de práticas de maus tratos e violência, que reproduzem a intolerância e individualização de uma problemática que foi construída histórica e socialmente.

Ainda no ano de 2011, o Conselho Federal de Psicologia (2011e) organizou um documento abordando treze razões para se defender uma política para usuários de crack, álcool e outras drogas sem exclusão. Dentre os itens constantes nesse documento, verificamos: a) a defesa do SUS como uma importante conquista coletiva a ser preservada e através da qual é possível consolidar as ações para as políticas de crack, álcool e outras drogas; b) a defesa do princípio de “participação” do SUS, que garante ao usuário conhecer e decidir sobre o seu próprio tratamento; c) a defesa pelo avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que possibilitou a criação dos serviços de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com problemas no uso de álcool e outras drogas; d) a consideração de que o Estado é laico e democrático, por isso nenhum de seus serviços pode impor aos cidadãos qualquer crença ou religião; e) a necessidade de substituir instituições que promovem isolamento, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, pela rede de serviços de atenção psicossocial, que promovem o cuidado aos usuários de crack e outras drogas em liberdade; f) o entendimento de que financiar as comunidades terapêuticas significa romper com a estrutura de rede que vem sendo construída pelo SUS; g) a desmistificação da concepção de que usuário de droga é perigoso e irreversível; h) o entendimento de que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte da história da humanidade, estão presentes em nossa sociedade e, portanto, aqueles que as utilizam de forma prejudicial precisam de apoio e respeito.

No entanto, apesar de esforços como esses, em 23 de dezembro de 2011, já em meio aos badalos dos sinos da noite de Natal, quando muitas entidades e profissionais estavam entrando em recesso, foi lançada a Portaria 3.088 pelo Ministério da Saúde, que, como vimos, incluiu oficialmente as comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial.

6 DISCUSSÕES QUE ATRAVESSAM DÉCADAS

“É exato que o resultado obtido por estes asilos, tanto na Suíça como na América do Norte, não tem sido grande coisa, pois vale mais ou menos pelo seguinte: doentes curados, um terço; saídas com risco de recaídas, um terço; doentes que saem incuráveis, outro terço. Em todo caso trata-se de um bom paliativo, a que no interesse coletivo e dos próprios doentes a sociedade precisa recorrer”.

(C. Penafiel, 1923, citado por E. Lopes, 1925, p. 148).

No presente capítulo pretendemos, enfim, correlacionar os pontos apresentados anteriormente e que consideramos fundamentais na constituição desse estudo. Em nossa pesquisa, pudemos estabelecer alguns paralelos entre as concepções dos higienistas sobre a questão do álcool e outras drogas, o modelo atual de atenção aos usuários dessas substâncias e os princípios das comunidades terapêuticas. Esses pontos foram divididos em algumas temáticas, organizadas nos diferentes tópicos apresentados a seguir.

6.1 Perspectivas sobre os usuários de substâncias psicoativas

Começamos pelo entendimento apresentado pelos higienistas e eugenistas sobre os usuários de álcool e outras drogas, enquanto expressão do ideário da sociedade burguesa no início do século XX. Para esse grupo, o uso do álcool ou de outras substâncias psicoativas estaria necessariamente associado a algum tipo de desvio, desajustamento, conflito, pobreza ou inutilidade (C. A. Lima, 1944).

Cunha (1934), por exemplo, defendia que a utilidade da vida de um homem deveria ser considerada pela eficiência de sua cooperação para o bem coletivo e, portanto, os alcoolistas, por toda a degeneração que representavam, não teriam utilidade alguma para a sociedade. Para C. A. Lopes (1944), no alcoolismo

(...) esquece-se facilmente de tudo, a inteligência torna-se embotada, o raciocínio preguiçoso. A noção do cumprimento do dever, respeito à família, responsabilidade e honra desaparecem

(...) Torna-se ele, então, peso morto para a sociedade, inútil e nocivo à pátria (...) Os filhos do alcoólatra nascem loucos ou aleijados e constituem a legião dos epiléticos, débeis mentais, imbecis e idiotas que enchem os hospícios (pp. 105-106).

Como um contraponto a essas ideias, não podemos deixar de mencionar as contribuições de Lima Barreto (1881-1922), considerado um clássico da literatura brasileira, que era filho de pais pobres, mestiço e alcoolista, características bem distantes do ideal higienista para os cidadãos da época.

A imagem denegrida sobre os usuários de álcool e outras drogas também pode ser bem exemplificada pelos dizeres de Ramos (1941) de que a tendência para o uso de tóxicos geralmente indicava a existência de desajustamentos familiares, de conflitos internos, de um ambiente hostil ou de desvios da personalidade. C. Lopes (1925) apresentou o que ele entendia pelas características físicas e psicológicas típicas dos dependentes de morfina, cocaína e ópio, os quais com frequência eram classificados como “espíritos debeis”, desequilibrados psiquicamente, portadores de taras degenerativas ou “loucos moraes” (pp. 122-123). Esse entendimento também é observado na discussão de De Leon (2003) acerca do perfil clínico típico das pessoas que utilizam drogas, nas quais se observam disfunções sociais e interpessoais, bem como problemas no âmbito educacional, na sua capacidade de percepção e julgamento.

A associação entre o uso de substâncias psicoativas e a criminalidade também não é exclusiva das discussões atuais. Juliano Moreira (1925), por exemplo, defendia que a internação de um toxicômano no manicômio, de preferência precocemente, era de suma importância para a prevenção de delitos que ele viesse a causar. Em 1931, alguns estudos publicados, como o do Dr. Moraes Mello, indicavam que o álcool constituía o fator mais importante nas causas da criminalidade violenta e que esta aumentava consideravelmente nos dias de folga, quando o consumo do álcool era maior (Tavares, 1931). E em 1939, Pacheco e Silva abordou a importância da assistência social aos degenerados mentais, incluindo os casos associados ao alcoolismo, com o objetivo não só de protegê-los, mas evitar as consequências de seus atos.

Assim, no entendimento de grande parte dos higienistas, os problemas que envolviam a vida dos alcoolistas decorriam de sua dependência. Da mesma forma, como discute Silveira (2012), a vulnerabilidade social em que vivem os usuários de crack e outras drogas

normalmente é vista como consequência desse consumo; enquanto, por uma perspectiva histórica, esse consumo deveria ser entendido como sintoma dos problemas sociais.

Com a devida cautela, dada a complexidade dos fatores que envolvem o abuso do álcool, cabe considerarmos nesse momento as ponderações dos pesquisadores Manes (1912) e Colajanni (1907), ambos citados por Moraes (1921). O primeiro entendia que o alcoolismo era ao mesmo tempo causa e efeito da miséria e que a criminalidade não resultava exclusivamente do alcoolismo, apesar de serem evidentes as suas considerações. Já os estudos de Colajanni (1907) indicavam que estatisticamente não podia ser demonstrada a relação de causa e efeito entre o alcoolismo e a criminalidade e que existia uma simples relação de coexistência entre esses fatores, uma vez que ambos derivavam de causas comuns, como a miséria e a falta de educação.

Em nosso entendimento, o uso, o abuso ou a dependência do álcool e outras drogas perpassam uma série de fatores – sociais, econômicos, psicológicos, talvez até biológicos – que não nos cabe estipular razões específicas, em relações de causa e efeito, para a questão que se apresenta. No mesmo sentido devem ser pensadas as possibilidades de enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo das substâncias psicoativas, levando-se em conta os vários fatores de influência nesse processo.

6.2 A defesa pela internação prolongada

Como discutimos anteriormente, na lógica da exclusão, a falta de estrutura social acaba por legitimar a internação prolongada dos usuários de drogas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, internação esta que, em meio ao pânico gerado pelas questões atuais do crack e outras drogas, encontra fácil aceitação social (T. M. Andrade, 2011; Delgado, 2011; Pitta, 2011). No início do século XX, as dificuldades sociais nas quais viviam a população também ajudavam a incrementar as justificativas para a internação prolongada dos pacientes psiquiátricos, com a diferença de que naquele período a história ainda deixava dúvidas sobre a eficácia do isolamento dessas pessoas.

Nesse sentido, o Dr. Gustavo de Rezende (1934) defendia a necessidade de se discutir criteriosamente a alta dos pacientes internados em manicômios, uma vez que o meio familiar ao qual voltariam os egressos muitas vezes não poderia lhes fornecer estrutura adequada.

De acordo com C. Lopes (1925), eram raros os casos de toxicômanos que podiam ser tratados em seu próprio ambiente. A internação voluntária em ambiente adequado era considerada a mais vantajosa, e até imprescindível para os dependentes que já nasciam com a tendência ao vício por degenerações variadas. Segundo Moreira (1925), havia registros de que a internação prolongada poderia curar o alcoolismo. Sendo assim, os manicômios e outros estabelecimentos de assistência a “psychopathas” representavam um papel fundamental na profilaxia das doenças nervosas e mentais, que poderiam ser causadas pelo alcoolismo.

Toulouse e Targowla (1925) trazem informações que evidenciam as medidas de isolamento durante a internação dos dependentes de drogas nos chamados Serviços de Profilaxia Mental:

Quando se trata de um toxicômano, cujo isolamento rigoroso é indispensável ao tratamento, o doente assina a seguinte solicitação-compromisso: ‘Desejando ser aceito no Serviço de Profilaxia Mental, para aí ser desintoxicado, comprometo-me a submeter-me inteiramente à disciplina imposta para o tratamento durante os quarenta dias que ele deve durar, e em particular a não receber nem visitas, nem correspondências, nem embrulhos, sem autorização do médico. Solicito, além d’isso, como garantia contra qualquer possível fraqueza de minha parte, que façam o favor de conservar-me em tratamento no serviço até minha cura completa’ (p. 177).

Vale acrescentar que, para os higienistas, as medidas de controle do avanço do alcoolismo e o tratamento dos dependentes deveriam partir tanto das entidades públicas, como da iniciativa privada. O Professor Leitão da Cunha (1934), como exemplo, afirma a importância de se incentivar iniciativas particulares na organização do combate ao alcoolismo. Assim, como defendido por Delgado *et al.* (Brasil, 2004), tem raízes históricas e estruturais a possibilidade de se retirar do Estado a responsabilidade pela atenção e tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, como tem ocorrido com o incentivo e financiamento às comunidades terapêuticas atuais pelo próprio setor público.

De qualquer forma, mesmo sem dados precisos que indicassem a efetividade da internação prolongada, a mesma era uma forma conveniente de se realizar a higiene social,

como atentou, em 1923, o Dr. Penafiel, médico psiquiatra e ex-membro da Comissão de Legislação Social da Câmara dos Deputados.

É exato que o resultado obtido por estes asilos, tanto na Suíça como na América do Norte, não tem sido grande coisa, pois vale mais ou menos pelo seguinte: doentes curados, um terço; saídas com risco de recaídas, um terço; doentes que saem incuráveis, outro terço. Em todo caso trata-se de um bom paliativo, a que no interesse coletivo e dos próprios doentes a sociedade precisa recorrer (Penafiel, 1923, citado por E. Lopes, 1925, p. 148).

6.3 Proibição, medida controversa

Nesse sentido, se a internação e o isolamento eram as medidas defendidas por grande parte dos higienistas e eugenistas para tratamento dos alcoolistas e toxicômanos, a perspectiva predominante em relação ao uso de substâncias psicoativas era o proibicionismo. O Dr. Henrique Roxo (1925) defendia a transformação em lei do projeto da lei seca, proposto por Afrânio Peixoto, assim como já acontecia nos Estados Unidos. Ernani Lopes (1930c) criticava aqueles que defendiam que o álcool em doses moderadas poderia trazer benefícios à saúde, até porque, na sua concepção, mesmo aqueles que bebiam pouco podiam conceber filhos “desequilibrados, degenerados, epiléticos, criminosos, impulsivos” (p. 249).

Ainda em defesa da proibição do consumo de bebidas alcoólicas, Oswaldo Ferraz Alvim, membro da Ordem dos Advogados do Brasil, afirmava que a lei seca nos Estados Unidos, embora já revogada naquela ocasião, havia dado ao mundo “(...) uma grande lição de ordem e civismo” (1939, p. 64). E Henrique Roxo (1944) utiliza a citação de Barthelemy, “(...) a indulgência com o vício é uma conspiração contra a virtude” (p. 80), para defender medidas restritivas em relação ao álcool.

Mas apesar dessa perspectiva ser predominante no início do século XX, existiam também, assim como em qualquer momento histórico, manifestações que questionavam essa forma de tratar a questão do alcoolismo e da toxicomania. Ainda que inseridos em um mesmo contexto, os diferentes pensadores que ajudam a compor a história da assistência aos usuários

de álcool e outras drogas nem sempre compartilham das mesmas concepções e encaminhamentos para essa problemática.

Em 1921, Evaristo de Moraes atentou para o fato de que quando a proibição é muito rigorosa, a infração da lei tende a ocorrer amplamente, como foi o caso dos Estados Unidos, onde havia negócios clandestinos de bebidas por toda parte.

Vejamos os escritos de Miguel Couto, em 1929, sobre essa temática:

Eu não sou, conseguintemente, pela lei seca. Ela completa agora dez anos, nos Estados Unidos. (...) Não sei bem dos frutos que tenha produzido. Se leio a opinião de uns, como a do Presidente da República à frente, parece que foram prodigiosos; se leio a de outros, verifico que não deu resultado nenhum. Mas não quero entrar na casa dos outros, pois também não quero a mesma coisa para nós. Apenas queria que se tirasse do álcool tudo quanto ele pode produzir em benefício desses grandes flagelos: somente para isso e não para enriquecer as arcas do Tesouro Nacional (Couto, 1929, p. 80).

Em um texto em homenagem a Severino Lessa, publicado nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, em 1931, verificamos a visão crítica desse pensador em relação à proposta da lei seca no Brasil. Ele entendia que, além de a proibição da produção e comércio do álcool implicar um grande desfalque à economia brasileira, o país não tinha recursos suficientes para fiscalizar toda a sua fronteira e impedir a entrada das drogas, bem como para julgar todos os delitos relacionados ao uso do álcool. Assim, Lessa propunha um anteprojeto da legislação antialcoólica, com medidas mais flexíveis em relação à taxação e comércio das bebidas alcoólicas, o qual foi apresentado à Câmara dos Deputados para que posteriormente pudesse ser transformado em projeto de lei (LBHM, 1931a).

Por sua vez, o Dr. Penafiel, ao defender que a causa do alcoolismo não seria de ordem biológica ou econômica, mas do âmbito sociológico, aponta para um modo diferente de ver e tratar os dependentes. “Não é mostrando que o álcool embrutece e mata que se corrigirá o ébrio. O que é preciso é devolver a esse pobre homem a vontade de viver” (Penafiel, 1925, p. 15).

Já em 1944, o Dr. Oswaldo de Camargo, mesmo defendendo medidas severas em relação ao consumo abusivo do álcool, reconhecia que a lei seca não havia dado resultado algum nos Estados Unidos (Camargo, 1944a; 1944b).

Historicamente, o proibicionismo foi a visão que predominou durante o século XX, especialmente influenciada pelos pressupostos norte-americanos. Mas por falta de provas de sua eficiência, a partir do final do século XX e início do século XXI, abriu-se espaço no Brasil para a entrada da perspectiva da redução de danos, acompanhando uma tendência já desenvolvida em outros países, especialmente na Europa. Dessa forma, a estratégia de redução de danos tem sido priorizada junto às políticas públicas atuais sobre álcool e outras drogas, mas não é reconhecida pela maioria das comunidades terapêuticas, que admitem a abstinência como objetivo quase que exclusivo a ser alcançado durante o tratamento.

De modo geral, o proibicionismo caracteriza-se por uma visão reducionista, que não leva em conta a complexidade e diversidade da vida dos usuários e dos motivos que levam as pessoas a usarem drogas. Por essa perspectiva não se diferencia o uso, o abuso e a dependência de drogas, que, segundo Silva (2012, p. 36) “(...) são fenômenos muito diferentes dentro de um mesmo tema, que pedem uma diversidade de intervenções com amplo espectro (...)”, até porque as pessoas têm necessidades diferentes nesse contexto.

Verificamos que, até o momento, em geral, essa indiferenciação é verificada nas comunidades terapêuticas pela ausência de um plano terapêutico individualizado. E é por esta razão que um dos requisitos para que as comunidades terapêuticas recebam recursos para o financiamento de leitos pelo SUS consiste na elaboração de um projeto terapêutico individualizado, conforme apresentado pelo Edital 001/2010/GSIPR/SENAD/MS.

6.4 Um paralelo entre as comunidades terapêuticas e os *asylos*, colônias e reformatórios

No que se refere às possibilidades de tratamento para doentes mentais e alcoolistas, identificamos nos materiais produzidos pelos higienistas, no início do século XX, alguns pontos que se aproximam da forma como as comunidades terapêuticas têm se organizado. Lembramos que não foi encontrada nesses materiais menção direta ao termo “comunidade terapêutica”. Mesmo porque as referências atuais indicam que tais entidades se desenvolveram no Brasil principalmente a partir da década de 1970. O paralelo que estabelecemos entre as CTs e as instituições do início do século XX estão circunscritas ao seu

modelo de atenção, a algumas de suas características e ao entendimento de alguns pensadores sobre as mesmas.

Dentre esses pontos, destacamos o trabalho como terapêutica utilizada nos asilos, casas de recuperação e manicômios. A Liga defendia, em 1934, que uma de suas aspirações era a criação de casas de trabalho para doentes mentais convalescentes, como já existiam na Itália (LBHM, 1934). A Dra. Juana Lopes falava da *praxitherapia* (terapêutica de ocupação) para os pacientes com transtornos mentais, de forma que os mesmos tivessem com o que se ocupar e não ficassem procurando problemas e doenças neles mesmos (J. M. A. Lopes, 1934, p. 128).

Ferrer (1933), abordando a questão da *labortherapia*, discutia inclusive a importância de se instituir nos manicômios a possibilidade de os internos subirem na hierarquia do trabalho que desempenhavam, iniciando com atividades mecânicas mais simples e passando progressivamente a outras mais complicadas, atendendo a uma ordem motriz e intelectual. Esse mesmo autor falava também sobre a necessidade do enfermeiro viver junto dos internos, dentro dos próprios estabelecimentos, “para melhor observação do asilado, em todos os momentos da vida manicomial” (p. 322).

O Dr. Juliano Moreira (1929), por sua vez, abordava a construção de reformatórios para alcoolistas, nos quais o trabalho manual, especialmente aquele voltado para as atividades agrícolas, seria empregado como principal terapêutica. Assim, podemos notar uma proximidade entre tal modelo e o das comunidades terapêuticas atuais.

O sanatório especial deve ser construído de modo a ser um verdadeiro reformatório, com instalações próprias a manter os internados em atividade laboriosa, tendente a distraí-los o mais possível de suas tendências a se intoxicarem. Oficinas várias para os que tiverem maior aptidão para trabalhos manuais ou para os que para isto tiverem predileção. Essas oficinas serão a um tempo um centro de orientação profissional e uma verdadeira escola de aptidão a tal ofício. Como, porém, estamos em um país agrícola, maior deve ser a parte colonial do estabelecimento (Moreira, 1929, p. 62).

Por outro lado, já no início do século XX também havia aqueles que questionavam o valor terapêutico do trabalho para os “alienados”. Del Greco (1932) levantou algumas

objeções nesse sentido, apontando que o trabalho na maioria dos asilos era mecânico, coercitivo e sem relação com as disposições psicológicas de cada doente. Segundo esse autor, para se obter resultados favoráveis, seria necessário proporcionar aos doentes ocupações de caráter coletivo e em harmonia com algumas das tendências espontâneas neles predominantes.

Do mesmo modo, encontramos na atualidade críticas ao trabalho empregado aos residentes nas comunidades terapêuticas, uma vez que esse recurso muitas vezes não é utilizado com fins terapêuticos, mas como forma de manter o funcionamento da própria instituição, como verificado pelo Conselho Federal de Psicologia (2011d).

No início do século XX, como alternativa para melhorar a sua situação financeira, alguns hospitais-colônias adotavam o método de trabalho para os internos, com o objetivo de arrecadar verbas para o custeio das despesas do hospital. Apesar de ser usado o argumento de que não se tratava de um trabalho forçado, mas uma ocupação suave e benéfica para a saúde, os próprios internos reclamavam da exploração que sofriam ao trabalharem sem remuneração direta. Nesse contexto, faltavam materiais, encarregados para coordenar as atividades, além da própria vontade do interno para trabalhar (Caldas, 1935).

Observamos, contudo, que não é só pelo emprego do trabalho nas instituições de tratamento dos dependentes que as propostas dos higienistas se aproximam das intervenções realizadas nas comunidades terapêuticas atuais. O Dr. Flávio de Souza (1943) apresentou como seriam as casas de saúde para recuperação dos dependentes ao álcool, abordando os tratamentos psiquiátrico, psicológico e moral pelos quais deveria passar o paciente durante a internação.

Aí ele será submetido à cura de abstinência, fará tratamento para as perturbações orgânicas nele encontradas e se sujeitará ao tratamento moral, feito não somente pelo médico especializado [Psiquiatra], mas também pelo pessoal do próprio estabelecimento, onde, além da abstinência completa, ele terá adequada psicoterapia, leituras especiais, contendo histórias, monografias e publicações a respeito dos desperdícios que o álcool é capaz de produzir (p. 84).

O Dr. Oswaldo de Camargo também apresenta um modelo de hospital-colônia já em funcionamento nos Estados Unidos em 1944, o qual poderia servir de exemplo para o Brasil.

Nesses estabelecimentos é feito acurado estudo da personalidade de cada paciente, e o tratamento compreende, sobretudo, o seguinte: fisioterapia, psicoterapia, terapêutica ocupacional pelo trabalho, reeducação, recreação, terapêutica pelo reflexo condicionador (...) localização desta (instituição) em zona rural, detenção legal por um período indeterminado, essencial para o sucesso do tratamento (Camargo, 1944a, p. 96).

Também nos parece deveras interessante compararmos as considerações de Mello Matos (1908, citado por Moraes, 1921) sobre a evolução por que passou o critério instituidor dos *asyls* no início do século XX, com as discussões atuais a respeito da internação compulsória de usuários de crack e outras drogas em instituições de internamento de crianças e adolescentes e comunidades terapêuticas:

A princípio, os asilos de bebedores eram destinados, unicamente, à reclusão de voluntários, mas, depois, se reconheceu que essa instituição só poderia dar úteis resultados se o legislador a tornasse obrigatória para os bêbedos condenados judicialmente, os quais, por meio de uma espécie de hospitalização penal, com trabalho forçado e sujeição a tratamento psíquico e moral, seriam eficazmente emendados (p. 133).

Cumprе apontar que, apesar dos aspectos convergentes como os já explicitados, não encontramos relatos que mencionem o trabalho sistemático com a religião e a rotina estruturada de atividades, característicos de grande parte das comunidades terapêuticas atuais, no tratamento dispensado aos internos dos asilos e manicômios do início do século XX.

Exemplificamos esse ponto com trechos da obra “O Cemitério dos Vivos”, de Lima Barreto (1961), que é uma obra de referência autobiográfica, em que o autor tece considerações sobre o período em que esteve internado no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, entre os anos de 1919 e 1920, devido à dependência do álcool. “O dia é de tédio e eu procuro meios e modos de fugir dele, de voltar-me para mim mesmo e examinar-me. Não posso e soffro” (p. 80) “A biblioteca era a dependência da seção de que mais me recordava. Quando estive lá pela primeira vez, enchia o tempo lá, lendo” (p. 199).

Para mim, eram as mais tristes horas que passei no hospital, aquelas que vão da refeição até a hora do sono. Durante as outras, há sempre uma esperança para nos animar e sustentar o espírito: são as das refeições. Marca-se a vida daquelas horas vazias de que fazer, de ócio obrigado, mas cheias de tédio, por elas, mas, depois do jantar, não há mais nenhum marco no tempo que vai correr, senão o duvidoso do instante em que se concilie o sono (Barreto, 1961, p. 214).

6.5 Vislumbrando outras possibilidades

Temos, portanto, vários pontos defendidos pelos higienistas e eugenistas no início do século XX que convergem para as propostas das comunidades terapêuticas. Do mesmo modo, entendendo a história como um movimento dialético que comporta a heterogeneidade de propostas e necessidades, alguns estudiosos da época, que inclusive faziam parte da LBHM, também apresentavam questionamentos à ideia de tratamento pautado na internação prolongada, e apontavam para uma forma diferente de se atender os doentes mentais, os alcoolistas e toxicômanos. Atenção esta que se aproximava mais de uma assistência intersetorial e buscava a convivência social e familiar dos egressos do manicômio.

Em 1934, por exemplo, o Dr. Gustavo de Rezende falou sobre a importância da assistência social para o sucesso da alta precoce dos doentes mentais. Essa assistência desempenharia um papel fundamental, preparando o terreno para a saída do paciente do manicômio, acompanhando o egresso em sua vida familiar e social, evitando reinternações desnecessárias, ou seja, assegurando a alta terapêutica em todos os sentidos. Assim, a alta precoce exigia a mobilização de um número maior de profissionais do que a internação manicomial; mas todas as despesas resultantes dessa modalidade de tratamento em pouco tempo eram compensadas (Rezende, 1934).

Porto-Carrero (1933) falava também da importância da assistência domiciliar e da assistência em serviços abertos, em ambulatórios públicos, para amparar os egressos dos manicômios e lhes restituir a confiança neles mesmos,

(...) proporcionando-lhes atividade útil, continuando-lhes o tratamento, velando por que não recaiam ou piores, reintegrando-os os meios onde adoeceram ou se fizeram deficientes e criando, por fim, na sociedade, o ambiente favorável à reabilitação desses desacreditados e ao aproveitamento de seu valor social (p. 371).

O questionamento de Mirandolino Caldas, publicado em 1935, pode nos remeter às críticas que são feitas hoje em relação ao modelo proposto pelas comunidades terapêuticas. “De que vale toda a liberdade de ambulatoria de que desfrutam dentro das Colônias, se o ambiente d’essas Colônias é artificial e não satisfaz as exigências da vida normal do homem!?” (Caldas, 1935, p. 95).

O mesmo autor assinala que aquilo que os pacientes desejavam, sobretudo, era regressar às suas famílias e retomar as suas atividades profissionais e sociais. A maior parte dos doentes mentais não oferecia perigo à sociedade, mas tinham apenas alguns delírios ou alucinações crônicas, ou outros sintomas ainda menos graves, que não os impediam de voltar ao convívio familiar e social. Nesse sentido, Caldas (1935) defendia que o alienado não era um criminoso, mas um sofredor que deveria ser colocado em um ambiente que favorecesse a sua cura, ou pelo menos a melhora de seu estado. No seu entendimento, a privação do convívio social trazia ao interno a estigmatização e a falta de confiança nele pela sociedade.

Pacheco e Silva (1939) falava ainda sobre a importância de a assistência psiquiátrica contar com hospitais, colônias e ambulatórios de forma a proporcionar tratamento adequado aos pacientes, de acordo com as especificidades de cada caso. Esse estudioso defendia ainda que, nos hospitais mais modernos daquela época, o doente, desde que restabelecido, tinha um tratamento que buscava reintegrá-lo à sociedade no menor prazo possível.

O serviço social psiquiátrico impõe-se, pois, como uma medida de grande alcance, visando elevar a condição do doente mental, arrancando-o da posição inferior em que o preconceito social o colocou, para reconduzi-lo ao mesmo nível dos demais doentes, com iguais senão maiores direitos, que a sua condição psiquiátrica lhe assegura (Pacheco e Silva, 1939, p. 15).

Para o Dr. Henrique Roxo (1945), no futuro, o tratamento dos doentes mentais ocorreria mais frequentemente fora do ambiente manicomial e, assim, os ambulatórios deveriam ser cada vez mais difundidos, através dos quais os doentes receberiam, além de consulta e orientação, a medicação necessária.

Diante do exposto, verificamos que mudanças significativas na concepção sobre o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas já eram observadas e defendidas por parte dos higienistas, seja por vislumbrarem, de fato, condições mais humanas nessa atenção, seja por entenderem que o tratamento ambulatorial era menos custoso que a internação prolongada em manicômios.

Com isso, podemos nos arriscar a afirmar que concepções como essas estariam expressando mudanças sociais, as quais, juntamente com o movimento da Reforma Psiquiátrica que se desenvolveria no Brasil algumas décadas depois, levariam às mudanças nas políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e às propostas de atenção psicossocial. Aliás, para Amarante (1994), o conjunto de medidas proposto pelos psiquiatras no início do século XX, começando pela implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais, caracteriza a primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil.

6.6 A droga como mercadoria

Embora o entendimento da droga enquanto mercadoria perpassasse o nosso estudo em toda a sua extensão, optamos por explorar essas questões mais especificamente no presente tópico, trazendo as considerações dos higienistas, na primeira metade do século XX, sobre essa relação das drogas e o mercado. Verificamos que já fazia parte das discussões propostas por aqueles pensadores a compreensão de que o enfrentamento dos problemas decorrentes do abuso do álcool significava ir além de educar as crianças sobre os males provocados por esse consumo. As substâncias psicoativas em geral já eram percebidas como importantes mercadorias, objeto de interesse político e econômico de algumas categorias, de forma que a produção e comercialização desses produtos acabavam por fundamentar e conduzir os fatos relativos a essas questões.

Para Octavio Brandão, que era representante do Partido Comunista brasileiro em 1929, o problema do alcoolismo não teria solução à sombra do regime capitalista, uma vez que,

nessas condições, o Estado vive do imposto sobre o álcool e, portanto, não tem interesse de acabar com a sua produção e comercialização (LBHM, 1929).

Do modo como está organizada a sociedade em que vivemos e pelo sistema em que se constituem os governos em quase todos os países adiantados, torna-se quase um absurdo o pretender-se afastar o álcool do comércio legal. (...) Além disso, havemos de considerar que o próprio público se deixa atrair pelas seduções do álcool e faz questão de obtê-lo, mesmo por elevados preços (Camargo, 1947, p. 76).

Esposel (1931) nos lembra, contudo, que o dinheiro gerado com a produção do álcool acabava se perdendo nos custos do Estado, que tinha que bancar uma polícia mais numerosa para conter os delitos relacionados ao vício, arcar com as prisões, manicômios, asilos de degenerados e incapazes mentais.

De acordo com Prisco (1929), não faltavam projetos e ideias concernentes à extinção do alcoolismo, mas sim um homem de Estado capaz de enfrentar e resolver o problema definitivamente. Isso porque havia muitos interesses políticos que queriam a manutenção da situação como ela se apresentava. Assim, Prisco (1929) apontou sete medidas que considerava eficientes para o grande problema social do Brasil que representava o alcoolismo: sobretaxa progressiva; ensino antialcoólico; limitação do número de licenças para botequins; proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de idade e mulheres; proibição da venda de bebidas alcoólicas aos domingos e feriados; proibição da venda de bebidas alcoólicas depois das sete horas da noite; proibição da importação de bebidas de alto teor alcoólico.

Ayrosa (1934) concordava que, para se impedir o aumento do uso do álcool como bebida, seria necessária uma dupla ação higienista: medidas de repressão ao produtor e ao consumidor. Desse modo, para as ações serem eficazes, as mesmas deveriam visar o problema enquanto uma questão social, mesmo que elas esbarrassem no “maior inimigo da higiene, o capitalismo” (Ayrosa, 1934, p. 25). Para o autor, tal problema só se resolveria a partir do momento em que a sociedade se emancipasse dos grilhões que ela criou para si mesmo.

Dessa maneira, apesar das várias propostas dos higienistas, insistindo na necessidade de se encarecer o custo da bebida para diminuir o seu consumo, muitas barreiras eram impostas pelos produtores e comerciantes de bebidas alcoólicas. O Dr. Evaristo de Moraes, em 1921, abordava os entraves que se tinha na aplicação das regras relativas à produção e

comercialização desses produtos, advindos de “(...) poderosas influências do industrialismo e do comercialismo dominantes” (Moraes, 1921, p. 76).

Ora, recentemente pudemos acompanhar um conflito nesse sentido, quando o Governo Federal se viu num impasse para liberar a venda de bebidas alcoólicas nos estádios que sediarão a Copa do Mundo da FIFA (Federação Internacional de Futebol) de 2014, para atender a um compromisso firmado com essa entidade em 2007, quando ficou assegurado que não existiriam “(...) restrições legais ou proibições sobre a venda, publicidade ou distribuição de produtos das afiliadas comerciais, inclusive alimentos e bebidas, nos estádios ou em outros locais durante as competições” (Coutinho & Cabral, 2012, s/n).

Segundo Cunha (1934), questões envolvendo o lucro com a produção e comercialização do álcool poderiam ser resolvidas tornando compensadora a produção e comercialização do álcool industrial, limitando a porcentagem de álcool nas bebidas, estabelecendo impostos variáveis sobre as mesmas de acordo com essa porcentagem e tornando públicas as pesquisas que indicassem os prejuízos do álcool para o organismo.

Consideramos interessante apresentar ainda a leitura de Ayrosa (1934) em relação à abrangência do uso do álcool na sociedade do início do século XX. Para ele, eram duas as principais razões pelas quais era difícil regulamentar o consumo de bebidas alcoólicas dentro de padrões e doses não prejudiciais: o fator *psychobiológico* individual e a exploração social da indústria capitalista.

Para o industrial da bebida alcoólica, não era suficiente o amplo consumo do seu produto. Ele então realizava falsificações e deturpações na bebida, misturas estas altamente tóxicas, visando diminuir o seu custo, facilitar o seu consumo e aumentar o seu potencial de lucro. Obviamente os motivos econômicos não seriam suficientes se o homem não tivesse em si impulsos que o levassem a causar prejuízo aos outros seres humanos. No plano individual, não se tratava somente de uma tendência biológica a causadora da dependência; a angústia que as pessoas viviam, em função de sua própria condição de vida, também constituía um dos fatores que as levavam a buscar alívio no álcool (Ayrosa, 1934).

Verificamos, pelo conteúdo exposto, que concepções e tentativas de se resolver a questão do alcoolismo não faltaram ao longo desses últimos séculos. No entanto, interesses político-econômicos historicamente permeiam o andamento e as decisões em relação às possibilidades, proibições, fiscalizações e regulamentações em torno da temática do álcool e outras drogas.

Sabemos, por exemplo, que atualmente a indústria de bebidas alcoólicas tem um papel preponderante na economia de países em desenvolvimento, como o Brasil. Como apresentado

por J. M. B. Lima (2010), o país ocupa o terceiro lugar entre os maiores produtores mundiais de cerveja. É um mercado que movimenta em torno de R\$ 108 bilhões ao ano no país.

Segundo informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), com o objetivo de se opor às restrições do governo sobre a comercialização do álcool, empresários das indústrias de bebidas alcoólicas utilizam argumentos relacionados à democracia e à economia livre de mercado, e, assim, a influência do governo sobre o funcionamento desse mercado acaba sendo vista como indesejável. Além disso, em países em desenvolvimento, as limitações à indústria de bebidas alcoólicas podem prejudicar a oferta de empregos nesses locais, bem como as rendas geradas com as propagandas e patrocínios dessas empresas, ameaçando seriamente a economia.

Se o álcool, enquanto droga lícita altamente lucrativa, dificilmente encontra resistências ao seu consumo e comercialização, o mesmo não ocorre em relação às drogas ilícitas, as quais, não podemos ignorar, trazem consequências muito sérias aos seus usuários, mas por outro lado não chegam nem perto do álcool em termos de abrangência de seu consumo e de suas consequências, como indicado no Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009).

Diante de fatos recentes retratados pela mídia, T. M. Andrade (2011) nos convida a refletir sobre o que estamos construindo com a repressão ao tráfico de drogas da forma como tem sido feita. Ao que parece, trata-se de uma guerra onde todos perdem: traficantes, usuários de drogas, policiais, familiares, a sociedade como um todo. Se essa guerra pode ser interessante para alguém, esse alguém certamente não se encontra no “front de batalha”. Sáad (2001) também questiona essa repressão ao tráfico no Brasil, considerando que o comércio de drogas ilícitas surgiu como uma solução econômica para muitos, em um país onde os problemas sociais são tão graves.

Fazendo uso das palavras de MacRae (2001):

Na falta de um debate público e com a repetição de ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas, opera-se uma desqualificação e demonização do usuário e do “traficante” (também tratado de maneira pouco matizada) que acabam por levar a uma cristalização da subcultura do usuário e à sua maior marginalização. O reducionismo dessa estereotipação serve também para encobrir alguns dos reais problemas estruturais da

sociedade, criando um inimigo imaginário, útil à manutenção do *status quo* (p. 13).

Sabemos que existem diferenças gritantes na forma como são vistos os fornecedores de substâncias psicoativas lícitas, como o álcool e o tabaco, e substâncias psicoativas ilícitas. Os primeiros normalmente são considerados membros respeitáveis da sociedade, uma vez que criam empregos, pagam impostos e em geral são parceiros dos formuladores de políticas, especialmente quando novas políticas de álcool estão sendo elaboradas (Brasil, 2004).

Podemos dizer que o mesmo já era observado no início do século XX, se considerarmos que “(...) os detentores do poder público e os legisladores dependem, eleitoralmente, em todos os países mais ou menos industrializados, de grandes e valorosas agremiações comerciais, e muitas destas têm seus interesses intimamente ligados à produção e à venda do álcool” (Moraes, 1921, p. 88).

Já o comércio das drogas ilícitas e seus fornecedores, considerados criminosos e obviamente na contramão dos formuladores das políticas públicas, acabam por alimentar a mídia, que muitas vezes se ocupa de reportagens sensacionalistas, ao invés de investir em orientações reais e efetivas sobre as substâncias psicoativas (Brasil, 2004; Agência Senado, 2011). Esse enfoque no uso das drogas ilegais, que na realidade envolve uma minoria da população já bem estigmatizada, contribui para desviar a atenção da necessidade de um controle maior da produção e comercialização das drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, atividades altamente lucrativas e responsáveis pela grande maioria dos problemas relacionados às substâncias psicoativas em geral (MacRae, 2001).

Apesar das considerações dos higienistas a respeito da dependência da morfina, cocaína, heroína, éter e outras drogas, eles também reconheciam o álcool como responsável pelo maior contingente de reinternações nos hospitais e casas de saúde. C. Lopes (1925) apontava, por exemplo, que o vício pela cocaína normalmente passava despercebido, por ser observado nos meios sociais mais elegantes e geralmente não conduzir à internação do usuário. Ele reconhecia, no entanto, que, obviamente, sem uma conveniente assistência médico-social, toxicomanias como essa tendiam a se prolongar até a completa miséria orgânica do viciado.

Nesse sentido, vejamos as considerações de Miguel Couto (1929) em relação à proibição de algumas drogas e à legalização do álcool:

Não é justo, portanto, que o governo impeça, por todos os modos, a venda de morfina e da cocaína, dos entorpecentes em geral, no Distrito Federal, e, ao mesmo tempo, consinta que um negociante, que não dispõe de um capital maior de um conto de réis, com ele compre uma pipa de aguardente e obtenha o lucro de trezentos e tantos por cento (Couto, 1929, p. 79).

Tal afirmação parece expressar ainda a frustração de boa parte dos integrantes da LBHM, que, segundo Reis (1994), esperavam um posicionamento mais rígido do Estado em relação ao controle da produção, comércio e consumo das bebidas alcoólicas, sem o qual as proposições higienistas esvaeceriam.

Enfim, como discutido por esse mesmo autor, apesar de todo o empenho das campanhas antialcoólicas propostas pelos higienistas, parece pouco provável que elas tenham exercido influência na diminuição do consumo da bebida alcoólica e mesmo no número de internações nos hospícios devido ao alcoolismo. Os números da venda de cerveja só da marca Antarctica, no ano de 1935, são demonstrados no anúncio publicitário da época, na seguinte figura.



Figura 13 – Onze prédios iguais ao Martinelli de cerveja. Anúncio publicado no jornal O Estado de S. Paulo, em 17 de junho de 1936.

Fonte: Scholz (2011b).

Em 1947, ao apresentar os valores crescentes dos impostos arrecadados sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre os anos de 1945 e 1946, com previsão de crescimento nesse valor para 1947, a LBHM afirmou “triste é dizer que isso se baseia em dados oficiais, prova quão pouco se tem conseguido na campanha antialcoólica” (LBHM, 1947, p. 93).

7 O QUE AVANÇAMOS ATÉ O MOMENTO...

“Ao abandonar-se a constituição de redes públicas permanentes capazes de oferecer bens e serviços justamente onde eles são mais necessários, ficam evidentes a fragmentação das ações e o seu caráter emergencial e provisório”.
(Soares, 2010, p. 12).

Chegamos, enfim, ao momento de nosso estudo em que nos perguntamos se conseguimos atingir o objetivo a que nos propusemos: apontar a relação entre os pressupostos defendidos pelos higienistas sobre o uso de substâncias psicoativas, as atuais políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil e as propostas de intervenção das comunidades terapêuticas na atualidade. Por se tratar de um tema que não é recente e ao mesmo tempo fervilha no contexto atual, não nos cabe trazer considerações conclusivas, visto que a história do consumo de substâncias psicoativas e todos os seus desdobramentos não chegou ao fim.

Assim, os limites impostos a esse estudo se referem à própria história, uma vez que nos propomos a estudar uma problemática, estando nós mesmos vivendo “no olho do furacão”. Entendemos que só o encadeamento da história poderia nos dizer se a pesquisa, da forma como foi conduzida, foi significativamente relevante para a compreensão da construção social do uso/abuso do álcool e outras drogas.

Porém, por exigências acadêmicas, destacamos alguns pontos a guisa de conclusão.

Pontuamos primeiramente que, embora ainda circunscritos à sociedade capitalista, a distância histórica entre o início do século XX e a atualidade, no que se refere ao contexto social, político, econômico brasileiro em cada período, pressupõe algumas diferenças em termos de dimensões e aspectos com que o álcool e outras drogas eram e são hoje tratados. Em quase um século, o país passou pela emergência do nacionalismo no período pós Primeira Guerra Mundial, ocasião da organização da LBHM, e pelo incremento da defesa pelo Estado mínimo, característico do neoliberalismo¹², que em parte tem estruturado o terreno para a inclusão das comunidades terapêuticas na rede pública de saúde. Com isso, diferentes forças, interesses e necessidades vêm tecendo a complexa história da saúde pública brasileira e da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

¹² O projeto neoliberal pode ser entendido como uma estratégia político-econômica de reestruturação geral do capital, para ampliar os níveis de lucro, frente ao avanço tecnocientífico, à reorganização geopolítica e às lutas de classe, que se desenvolveram a partir da crise econômica explicitada na década de 1970. Para melhor compreensão, sugerimos Montañó (2010).

Mas apesar dos cenários do início do século XX e o atual serem diferentes em certo ponto, é possível estabelecer paralelos entre algumas instâncias: nas concepções sobre o uso de substâncias psicoativas, que historicamente é entendido predominantemente no âmbito da criminalidade e da doença; no modelo de atenção aos usuários dessas substâncias, em geral pautado no isolamento e em ações de caráter proibicionista; e no papel das drogas lícitas e ilícitas junto ao mercado.

De modo geral, podemos dizer que em quase um século, desde que os higienistas iniciaram a sua marcha contra o álcool – e, diga-se de passagem, com grande afinco em seus propósitos –, não conseguimos avançar no enfrentamento dos problemas decorrentes desse consumo.

Da mesma forma que temos na atualidade correntes de pensamentos divergentes em relação ao uso/abuso das substâncias psicoativas, o mesmo pôde ser observado no material produzido pelos higienistas no início do século XX, embora possamos dizer que algumas tendências foram verificadas. Um dos aspectos que parecia de consenso entre boa parte dos estudiosos daquela época era o papel das indústrias de bebidas alcoólicas como entrave ao controle da produção e comercialização desses produtos. Não foram poucas as tentativas dos higienistas, junto às autoridades e ao governo, de propor medidas para fiscalizar, regulamentar e até proibir a produção e comércio do álcool. Medidas estas que não foram levadas a cabo, uma vez que, semelhante às demais áreas da vida humana, interesses econômicos também permeavam as questões relativas ao álcool e outras drogas.

Se, por um lado, os higienistas encampavam ideias que associavam o consumo de bebidas alcoólicas à doença, degeneração, defeito; por outro, esse consumo era claramente incentivado pelas partes interessadas, como vimos nas propagandas da época que apontavam o papel nutritivo das bebidas alcoólicas. Estabelecendo um paralelo com a atualidade, na mídia esses produtos continuam associados à juventude, felicidade, vitalidade, hajam vistas as propagandas de cerveja atuais e sua relação com o futebol (paixão nacional!). A preocupação em torno do álcool, na atualidade, parece estar voltada para a sua associação com o trânsito (“Se beber, não dirija.”). Mas em geral não nos parece que o seu consumo seja desestimulado, apesar dos vários problemas que o seu uso abusivo tem provocado.

No que se refere às drogas ilícitas, os caminhos parecem se diferenciar um pouco mais. Atualmente, essas drogas em geral são vistas como as grandes vilãs da humanidade e os seus usuários tratados de forma bastante estigmatizada e, até o início do século XX, muitas delas (como o ópio, a cocaína, a heroína) faziam parte de compostos que eram utilizados com

fins terapêuticos, como também pôde ser observado em informes publicitários da época, de tal forma que o consumo dessas substâncias não era a preocupação central dos higienistas.

De qualquer modo, muitos setores continuam lucrando hoje com a produção, comércio e consumo das substâncias psicoativas, o que traz importantes barreiras à resolução do problema, ou mesmo ao tratamento e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos envolvidos. Como bem nos lembra J. M. B. Lima (2010), apesar da crise mundial, a primeira década do século XXI terminou registrando um enorme sucesso comercial das indústrias de cervejas no Brasil. O que se verifica é uma preocupação maior em cuidar das consequências do abuso do álcool (acidentes e mortes), do que em enfrentar o problema de forma global e sistêmica, melhorando as estratégias de políticas públicas.

Se pensarmos mais amplamente sobre o mercado atual, do qual as drogas em geral (inclusive o álcool) participam, poderíamos mencionar a produção e comércio de medicamentos, as prescrições de antidepressivos, ansiolíticos e outros psicotrópicos, cujo uso abusivo em muitos países tem superado todo o abuso somado de drogas ilícitas como a heroína, cocaína e êxtase (International Narcotics Control Board [INCB], 2010). O processo de medicalização da vida em geral, que observamos nos últimos anos, evidencia-nos o resultado da atuação incisiva das indústrias farmacêuticas, em busca do seu espaço no mercado mundial das drogas. Fazendo uso das palavras de Costa-Rosa (2012, p. 82), “(...) todos conhecemos os efeitos da exacerbada receitação médica de psicotrópicos, dando origem a novas versões da ‘medicalização do social’ com todos os ares de toxicomania receitaada”.

Para Luzio (2011), apesar de passados mais de dez anos da Lei nº 10.216 (2001), ainda prevalece a concepção de que a atenção em saúde mental deve estar centrada na consulta psiquiátrica e na medicação, sendo ainda complementares as outras formas de intervenção, de caráter psicossocial, que privilegiam a articulação de vários saberes. A autora pontua que alguns setores têm se organizado na busca pela diminuição das estratégias de confinamento, mas em contrapartida outras estratégias de controle ganham terreno, como observamos no processo de medicalização social verificado especialmente nos últimos anos. No mesmo sentido, Prado Filho e Lemos (2012) discutem que o movimento antimanicomial brasileiro por um lado se consolida pelo deslocamento do modelo hospitalocêntrico para as estratégias de atenção psicossocial, mas por outro esbarra na manutenção das “(...) cadeias químicas, na reativação do poder psiquiátrico e na atualização das práticas de normalização das condutas cotidianas” (p. 60).

Como discutido por J. T. Rodrigues (2003), a partir da década de 1950 ocorreram importantes mudanças no pensamento psiquiátrico, conhecidas posteriormente como

“revolução psicofarmacológica”. Essa época coincide ainda com o apogeu da Psicanálise, cuja relação com a Psiquiatria era evidente e significativa, até por volta dos anos de 1970, caracterizando-se então a chamada “Psiquiatria dinâmica”. No entanto, com o crescente desenvolvimento da farmacologia e a possibilidade de abolição rápida de sintomas, que com uma psicoterapia poderia levar anos, a relação da Psiquiatria com a Psicanálise entrou em crise. Tal panorama ficou evidente no final da década de 1980, quando foi lançada a fluoxetina que, ao apresentar menos efeitos colaterais e menor potencial de toxicidade, abriu espaço para o uso indiscriminado de antidepressivos e outros psicofármacos.

Para Kleinman (1991), principalmente a partir da década de 1980, a Psiquiatria se voltou para o conhecimento biológico em detrimento de outras áreas do saber, como a antropologia, de tal forma que entender as bases biológicas das doenças mentais seria condição principal para tratar as pessoas com esse tipo de sofrimento. Por essa perspectiva, ganha espaço o processo de medicalização e são colocados em segundo plano, ou mesmo ignorados, os aspectos socioculturais e sua influência na manifestação e compreensão sobre os transtornos mentais.

Assim, segundo J. T. Rodrigues (2003), “(...) o que se assiste atualmente é a uma progressiva compreensão neuroquímica dos fenômenos psíquicos, em que todos os dias são criadas novas patologias para as quais se busca uma solução medicamentosa” (p. 15). Tais considerações não pretendem, contudo, negar a importância da farmacologia no alívio do sofrimento de inúmeras pessoas, no campo mental ou não. O cuidado que se deve ter é no uso que se faz dessas medicações, muitas vezes visando à formatação das pessoas a um padrão de normalidade, excelência, ausência de conflitos e de limites, estimulado pelos interesses da indústria farmacêutica e alinhado às demandas de consumo do contexto capitalista.

No início do século XX também encontramos relatos de situações que nos fazem pensar sobre o papel da medicina e dos fabricantes de drogas no incremento da dependência química entre a população. De acordo com Pernambuco Filho (1930), ao se examinar a história das pessoas viciadas em morfina, era comum descobrir que muitas se tornaram assim em função das primeiras injeções prescritas pelos próprios médicos para alívio de algum sofrimento (dor ou insônia). Ele também relatava que havia muitos médicos que eram viciados nessa substância e, com isso, a prescreviam de forma indiscriminada aos seus pacientes; além disso, em torno de 40% dos dependentes da morfina eram profissionais da área médica (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.). Portanto, era possível dizer que o vício na morfina era uma “doença médica”.

Analisando ainda o mercado atual de drogas, entendemos que o mesmo envolve também a criminalização e a não legalização das drogas de consumo ilegal, o que agrega valor a essas substâncias e abre espaço para o comércio de armas e munições, incrementando a violência que envolve esse processo (F. G. Andrade, 2011; Maronna, 2012). Como se trata de uma atividade ilegal, o pagamento das dívidas geradas com o comércio das drogas muitas vezes se dá com a prestação de serviços ao tráfico, com o envolvimento do usuário em assaltos, furtos e assassinatos (Cruz & Ferreira, 2001). São questões que nos renderiam outros estudos e certamente amplas discussões.

Mas, como diz a sabedoria popular, nem tanto ao céu, nem tanto à terra. Ao considerarmos as implicações econômicas no consumo das substâncias psicoativas, não estamos isentando outros fatores de influência nesse processo. No âmbito social, por exemplo, as condições de desigualdade, miséria e exclusão que vive boa parte da população brasileira têm exercido considerável influência no uso abusivo dessas substâncias, ao longo da história. Uma razão para isso é que para muitas pessoas o álcool também serve de alimento - e de baixo custo - além da sensação de saciedade e relaxamento que ele, assim como outras drogas, proporciona. As questões de caráter individual, embora ideologicamente predominantes nas concepções sobre o consumo do álcool e de outras drogas, também não podem ser ignoradas. E outras questões podem ainda estar implicadas. De qualquer modo, entendemos que se os problemas são produzidos pelo conjunto da sociedade, é desse conjunto que deve partir a solução.

Outro ponto que merece comentários é que, embora as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, tenham atualmente o seu espaço na política sobre álcool e outras drogas, a perspectiva proibicionista ainda se faz presente, em meio a algumas esferas mais moralistas, ou mesmo embutida em leis, portarias e decretos mais recentes. De acordo com Medina (2012), uma das recentes iniciativas do Governo Federal, o Programa de Enfrentamento ao Crack, lançado no final de 2011, atribui significativa importância às ações no âmbito da segurança pública, normalmente orientada pela política de Guerra às Drogas, além de legitimar a parceria do Estado com instituições voltadas para a internação dos usuários, como as comunidades terapêuticas.

Nesse sentido, vale apontar ainda para o aumento de quase 50% de bispos, pastores e integrantes de igrejas evangélicas no Congresso Nacional a partir das últimas eleições, em 2010, tendo sido eleitos 63 deputados e 3 senadores (Agência Estado, 2010). É possível entender que a força dessa bancada no Congresso, cuja representatividade é menor apenas que de dois outros partidos, também contribui para a proposição e aprovação de projetos de

caráter moralista, como a defesa pelo financiamento público de comunidades terapêuticas, que inclusive têm lideranças evangélicas em boa parte delas.

Assim, no âmbito geral, o usuário de drogas, principalmente as ilícitas, continua associado a algo pejorativo, que deve ser escondido, isolado, sob o pretexto de se estar fazendo “tratamento”, como verificamos nos pressupostos defendidos por boa parte dos higienistas.

Os dispositivos que atualmente são conclamados a ajudar na resolução do problema - no caso, as comunidades terapêuticas – remetem-nos aos encaminhamentos adotados nos antigos asilos, colônias e reformatórios, defendidos pelos higienistas no início do século XX. Instituições estas, como verificamos em nosso estudo, que foram questionadas por integrantes do próprio movimento higienista e que não atestaram sua eficácia ao mais implacável de todos os crivos: a história.

De qualquer forma, em um cenário de crise global e reestruturação do capital, não é interessante para a imagem de um país em pleno “crescimento econômico”, às vésperas de sediar Copa do Mundo da FIFA, em 2014, e Jogos Olímpicos, em 2016, que a pobreza e os problemas decorrentes do abuso de drogas apareçam a denunciem as contradições desse desenvolvimento. Ora, considerando as particularidades de cada contexto, podemos constatar semelhanças com as preocupações dos higienistas e eugenistas no início do século XX. Afinal, já desde aquela época o lema “ordem e progresso!” fulgurava no imaginário popular.

Historicamente, as políticas públicas, modelos e práticas de saúde que preconizam a segregação e internação prolongada, compulsória em muitos casos, de usuários de álcool e outras drogas, bem como de outros indesejados, parece ter destino certo. Usando as palavras de Lima Barreto,

(...) os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, em geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros, que levam a sua humildade, teimando em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira ensebada e uma manta sórdida; são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros etc. (Barreto, 1961, p. 179).

Desse modo, se a clientela principal dos hospícios do início do século XX eram os miseráveis, marginais, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, toda sorte de pessoas que em geral poderiam ameaçar a ordem pública (Amarante, 1994), o alvo principal das medidas atuais de internação compulsória continua sendo as pessoas menos favorecidas economicamente, em um claro processo de limpeza das ruas, como apontado por Maierovitch (2012).

Diante do exposto, segundo M. K. Dias (comunicado em e-mail, 1º de agosto, 2012), uma questão merece considerações: a inclusão das comunidades terapêuticas na rede de atenção em saúde mental seria um fenômeno “relativamente isolado” ou expressaria um “redirecionamento da política”? Se a rede de atenção psicossocial, através de dispositivos como os CAPS, Unidades de Acolhimento, Consultórios de Ruas, fortalecerem-se e se mostrarem eficazes, o financiamento das CTs e de outras instituições, como os hospitais psiquiátricos, que contradizem o restante da rede de atenção psicossocial, poderia “apontar para um movimento que aos poucos se esgotaria”, um processo isolado dentro da implantação da rede de base comunitária. Mas se o modelo médico e institucional, já testado e considerado ineficaz, retomar seu espaço e ampliar sua conquista de financiamento público, é provável que estejamos diante de um redirecionamento da política de atenção em saúde mental, uma vez que a inserção de dispositivos que funcionam com outros referenciais acabam por negar e modificar o modelo de atenção preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Certamente para essa questão ainda não temos resposta. Contudo, uma breve análise sobre o modelo de Estado que se impõe internacionalmente pode nos dizer algo sobre o encaminhamento das políticas públicas atuais. A globalização e modernização do país, o aumento da influência política internacional, dentre outros processos, trazem alguns direcionamentos ao Estado, como a terceirização dos serviços, o que propicia o financiamento de instituições que se desenvolveram no bojo de iniciativas privadas, sejam elas lucrativas ou filantrópicas, como as comunidades terapêuticas.

Como apresentado por Borges, Moimaz, Siqueira e Garbin (2012), a globalização da economia, intensificada a partir da década de 1970, tirou o foco da industrialização e da geração de empregos e o transferiu para a busca de capital financeiro em termos mundiais. Esse processo trouxe como diretrizes principais: a abertura econômica, com o rompimento das barreiras alfandegárias entre os países, as quais possibilitavam a proteção de sua produção interna; a privatização das empresas estatais; e a flexibilização das relações de trabalho, com retrocessos nos direitos sindicais, trabalhistas e previdenciários.

Os mesmos autores discutem que a Reforma Sanitária brasileira, ao final da década de 1980, desenvolveu-se ao mesmo tempo em que tais políticas neoliberais foram impostas na América Latina por agências econômicas internacionais, como o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Central, de forma que o SUS já nasceu sob a ameaça de ter a sua estrutura privatizada. Os países desenvolvidos, atuando por meio dessas agências, por acordos comerciais e áreas de livre comércio, forçam a abertura de mercados para as grandes indústrias farmacêuticas, de produtos e serviços médico-hospitalares e de seguros de saúde.

Como discutido por Paulin e Turato (2004) e Fleury (2012), no campo da saúde, a privatização dos serviços foi intensificada a partir de 1964, com a política dos governos militares, que garantiram a expansão de rede privada por meio de contratos com o setor público. Com isso, a estratégia hegemônica das classes dominantes passou a ditar as normas sociais, caracterizando letra morta os documentos oficiais da época, que já apontavam para uma atenção comunitária na saúde.

De acordo com Montaña (2010), no contexto do neoliberalismo, as questões sociais deixam de ser responsabilidade do Estado e um direito do cidadão e passam então a ser de responsabilidade da ação filantrópica de organizações e indivíduos. Essa transferência de responsabilidades do Estado e do capital para o terceiro setor, segundo o autor, não ocorre por motivos de eficiência - como se as organizações não-governamentais fossem naturalmente mais eficientes que o Estado - nem somente por razões financeiras, mas por motivação político-ideológica:

(...) retirar e esvaziar a dimensão de direito universal do cidadão quanto a políticas sociais (estatais) de qualidade; criar uma cultura de autculpa pelas mazelas que afetam a população, e de auto-ajuda e ajuda mútua para seu enfrentamento; desonerar o capital de tais responsabilidades, criando, por um lado, uma imagem de transferência de responsabilidades e, por outro, a partir da precarização e focalização (não-universalização) da ação social estatal e do “terceiro setor”, uma nova e abundante demanda lucrativa para o setor empresarial (p. 23).

Sendo assim, o financiamento público das comunidades terapêuticas, em detrimento do fortalecimento da rede pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, soma-se ao processo de enfraquecimento do SUS, que é uma importante conquista social, mas que não

se coaduna ao modelo de sociedade vigente. Com menos investimento de recursos em dispositivos públicos, aumentam-se as dificuldades para o seu pleno funcionamento e, com isso, incrementam-se as justificativas para a terceirização e privatização de outros serviços dessa natureza.

A experiência internacional de financiamento público a unidades privadas, como vem ocorrendo no sistema de saúde inglês, tem demonstrado que o resultado desse processo pode ser o oposto daquele prometido, que em geral seria uma gestão mais flexível, redução de custos, monitoramento de metas e aumento da qualidade dos serviços (Borges *et al.*, 2012; Fleury, 2012). Usando as palavras de Soares (2010), “ao abandonar-se a constituição de redes públicas permanentes capazes de oferecer bens e serviços justamente onde eles são mais necessários, ficam evidentes a fragmentação das ações e o seu caráter emergencial e provisório” (p. 12).

Por fim, queremos destacar que os problemas decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas, seja no Brasil ou em qualquer outra parte do mundo, não se restringem à esfera da assistência social, da segurança pública ou da saúde, que historicamente têm arcado com a maior parte dessa conta. As questões de cunho político-econômico também devem perpassar as discussões e as propostas de enfrentamento dessa problemática, questões estas que constituem importantes entraves às ações que priorizam a saúde e o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Podemos dizer que os desdobramentos disso têm sido observados nas barreiras à efetivação das políticas públicas que preconizam a atenção psicossocial e à ampliação desses serviços no âmbito do SUS, como discutem Bezerra Jr. (2007), Boarini (2011), Pitta (2011) e outros.

Assim, seja no apogeu do movimento higienista no Brasil ou na atualidade, interesses de alguns setores dominantes continuam atuando na manutenção de práticas que promovem a internação e o isolamento dos usuários de álcool e outras drogas, como a história vem nos mostrando por meio dos *asyls*, reformatórios, hospitais-colônias, comunidades terapêuticas...

REFERÊNCIAS

- Addiction Research Unit. Department of Psychology. (2001). *Before Prohibition: images from the preprohibition era when many psychotropic substances were legally available in America and Europe*. Buffalo, USA: University at Buffalo. Recuperado em 15 de setembro, 2012, de <http://wings.buffalo.edu/aru/preprohibition.htm>.
- Agência Brasil. (2011). Governo lança plano de combate ao crack. *Empresa Brasil de Comunicação*. Recuperado em 26 de junho, 2012, de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/galeria/2011-12-07/governo-lanca-plano-de-combate-ao-crack>.
- Agência Estado. (2010). Bancada evangélica no Congresso cresce quase 50%. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 07 de outubro, 2012, de <http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,bancada-evangelica-no-congresso-cresce-quase-50,622384,0.htm>
- Agência Senado. (2011). Mídia divulga mitos sobre o crack e minimiza malefícios do álcool. *Portal de Notícias - Senado Federal*. Recuperado em 14 de maio, 2012, de <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2011/04/27/secretaria-do-ministerio-da-justica-promete-estudo-abrangente-sobre-o-crack-no-brasil>.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(11), 2309-2319. Recuperado em 16 de julho, 2011, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Alvim, J. F. (1934). Dispensarios e serviços abertos para doentes mentaes. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(3), 226-228.
- Alvim, O. F. (1939). Conferencias: a campanha contra o alcoolismo. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 12(3-4), 61-64.
- Amarante, P. D. C. (1994). Asilos, alienados e alienistas. In P. D. C. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2005). Apresentação. In F. Basaglia; P. D. C. Amarante (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J.A.A. Melo, Trad.), (pp. 17-21). Rio de Janeiro: Garamond.

- Andrade, F. G. (Diretor). (2011). *Quebrando o tabu* [DVD]. São Paulo: Spray Films, STart e Cultura e Luciano Huck.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. Recuperado em 07 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Araújo, M. R. (2003). Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. *Sociedade Beneficente Israelita Brasileira*. Recuperado em 01 de agosto, 2011, de http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm.
- Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP. (2011). ABP é contra nova norma da ANVISA para comunidades terapêuticas, e pede sua revogação. *Portal da Psiquiatria*. Recuperado em 28 de agosto, 2012, de <http://abp.org.br/2011/medicos/archive/2340>
- Ayrosa, J. C. (1934). O alcoolismo: suas raízes psicologicas segundo a psychanalyse. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(1), 18-26.
- Barreto, L. (1961). *O Cemitério dos Vivos* (2ª edição). São Paulo: Brasiliense.
- Basaglia, F. (2005). Apresentação a Che cos'ela psichiatria (Trabalho original publicado em 1967). In F. Basaglia; P. Amarante (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J.A.A. Melo, Trad.), (pp. 61-72). Rio de Janeiro: Garamond.
- Basbaum, L. (1997). *História sincera da República: de 1889 a 1930*. 6ª ed. São Paulo: Alfa Omega.
- Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. Recuperado em 09 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Bicudo, V. L. (1944). Higiene mental das crianças em tempo de guerra. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 62-68.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Bittencourt, J. (1935). Noções sobre a etiologia das doenças mentaes para um curso de enfermagem. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 8(1), 38-50.
- Boarini, M. L. (2003a). Apresentação. In M. L. Boarini (Org.), *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil* (pp. 11-18). Maringá: EDUEM.
- Boarini, M. L. (2003b). Higienismo, eugenia e a naturalização do social. In M. L. Boarini (Org.), *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil* (pp. 19-43). Maringá: EDUEM.
- Boarini, M. L. (2011). Atenção a saúde mental: um outro olhar. In M. L. Boarini (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental* (2ª edição), (pp. 127-144). Maringá: EDUEM.
- Borges, F. T., Moimaz, S. A. S., Siqueira, C. E., & Garbin, C. A. S. (2012). *Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Botelho, A. (1944). Alcoolismo e doenças mentais. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 81-83.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. (1986). 8ª *Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Autor. Recuperado em 12 de outubro, 2011, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987): relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de outubro, 2011, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsms_relato_final.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. (1994). 2ª *Conferência Nacional de Saúde Mental (1992): relatório final*. Brasília: Autor. Recuperado em 12 de outubro, 2011, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf.
- Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de outubro, 2011, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Autor. Recuperado em 11 de agosto, 2011, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. (2004). *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Autor. Recuperado em 06 de janeiro, 2012, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf.
- Brasil. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (2005a). *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. Brasília: Autor. Recuperado em 15 de junho, 2011, de www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/populacao_brasileira/II_levantamento_nacional/327793.pdf.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (2005b). *Norma Operacional Básica – NOB/SUAS*. Brasília: Autor.
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: Autor. Recuperado em 17 de julho, 2011, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2010a). *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Autor. Recuperado em 15 de julho, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_preliminar_web_20_8_10.pdf.
- Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2010b). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de outubro, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reifinal_IV.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2011a). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Autor. Recuperado em 22 de setembro, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2011b). *VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas*. Brasília: Autor. Recuperado em 22 de setembro, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/chamada_super_VIII.pdf.
- Brasil. Governo Federal. (2012a). *Crack, é possível vencer*. Recuperado em 26 de junho, 2012, de <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012b). *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Autor. Recuperado em 18 de setembro, 2012, de http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf
- Britto, A. (1930). O alcoolismo e a mulher. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 3(6), 204-205.
- Caldas, M. (1930). A Higiene Mental no Brasil. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 3(3), 69-77.
- Caldas, M. (1932). A Euphrenia – Sciencia da Boa Cerebração. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 5(2).
- Caldas, M. (1935). Assistência a psychopathas em municípios-manicômios. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 8(1), 89-106.
- Camargo, O. (1944a). A higiene mental e o clero na luta antialcoólica. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 93-99.
- Camargo, O. (1944b). O alcoolismo no continente americano. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 87-89.
- Camargo, O. (1945). A Higiene Mental nos Estados Unidos. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 16(1), 17-30.
- Camargo, O. (1947). A Semana Anti-alcoólica. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 18(1), 75-78.

- Cavalcanti, A. L. (1947). O alcoolismo, escola do vício e do crime. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 18(1), 86-92.
- Celso, A. (1929). Tres bellos livros. *Boletim de Eugenia*, 1(12).
- Chizzotti, A. (2000). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (4ª edição). São Paulo: Cortez.
- Cliffe. (2008). Pour out a Malt Rainier for your homies. *Vintage Seattle*. Recuperado em 11 de outubro, 2012, de <http://www.vintageseattle.org/2008/07/28/pour-out-a-malt-rainier-for-your-homies>
- Collucci, C., & Pagnan, R. (2012, 12 de janeiro). Grávidas do crack. *Folha de S. Paulo*. Recuperado em 12 de janeiro, 2012, de www.folha.uol.com.br.
- Conselho Federal de Psicologia (2011a). *Conselho Federal de Psicologia se posiciona frente à internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack e pela não inclusão das comunidades terapêuticas na rede de serviços do SUS*. Recuperado em 15 de abril, 2012, de http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_110809_001.html
- Conselho Federal de Psicologia (2011b). *Manifesto do Conselho Federal de Psicologia – drogas: pelo tratamento sem segregação*. Recuperado em 15 de agosto, 2011, de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/noticias/noticiaDocumentos/11_07_08_DROGAS_FINAL.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia (2011c). *Manifesto de saúde mental questiona financiamento do SUS a comunidades terapêuticas*. Recuperado em 16 de agosto, 2011, de http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_110812_004.html
- Conselho Federal de Psicologia. (2011d). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Autor. Recuperado em 04 de dezembro, 2011, de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/noticias/noticiaDocumentos/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia (2011e). *13 razões para defender uma política para usuários de crack, álcool e outras drogas sem exclusão*. Recuperado em 09 de novembro, 2011, de www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticiaDocumentos/13_razoes_-_FINAL.pdf

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988, 05 de outubro). Brasília: Senado Federal. Recuperado em 23 setembro, 2011, de http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf
- Costa, S. F. (2009). As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serviço Social em Revista*, 11(2). Recuperado em 01 de novembro, 2011, de <http://www.uel.br/revistas/ssrevista>.
- Costa-Rosa, A. (2012). Subjetividade e uso de drogas. In CRP 6ª Região (Org.), *Álcool e outras Drogas*, (pp. 75-90). São Paulo: CRPSP.
- Couto, M. (1929). Trabalhos de anti-alcoolismo: Discurso do Professor Miguel Couto. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 2(2), 78-80.
- Coutinho, F., & Cabral, M. C. (2012, 20 de março). Após acordo, deputados deixam para Estados decisão sobre bebida na Copa. *Folha de S. Paulo*. Recuperado em 20 de maio, 2012, de <http://www1.folha.uol.com.br>.
- Cruz, M. S., & Ferreira, S. M. B. (2001). Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In M. S. Cruz; S. M. B. Ferreira (Orgs.), *Álcool e Drogas: usos, dependência e tratamentos* (pp. 95-113). Rio de Janeiro: IPUC.
- Cunha, R. L. (1934). Trabalhos de anti-alcoolismo: discurso do Professor Leitão da Cunha. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(4), 312-316.
- Daúd Júnior, N. (2011). Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In M. L. Boarini (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental* (2ª edição), (pp. 93-126). Maringá: EDUEM.
- Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921*. (1921, 6 de julho). Estabelece penalidades para os contraventores na venda da cocaína, opio, morfina e seus derivados. Recuperado em 27 de julho, 2012, de <http://www.arquivopublico.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/leidrogas.pdf>
- Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938*. (1938, 25 de novembro). Aprova a Lei de fiscalização de entorpecentes. Rio de Janeiro: Presidência da República. Recuperado em 10 de julho, 2011, de http://www.anvisa.gov.br/legis/decreto_lei/891_38.htm.
- Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002* (2002, de 26 de agosto). Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2002/4345.htm>.

- Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.* (2007, de 22 de maio). Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 27 de junho, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.* (2010, 20 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de junho, 2011, de <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>.
- Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011.* (2011, 08 de dezembro). Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 07 de junho, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.
- Decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980* (1980, 2 de setembro). Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 10 de julho, 2011, de www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327028.
- De Leon, G. (2003). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Edições Loyola.
- Delgado, P. G. (2011). Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706. Recuperado em 07 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Del Greco, F. (1932). O significado psicologico-therapeutico do trabalho no tratamento dos doentes mentais. *Archivio Gen. Di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*. Resenha de: E. Lopes (1932). Resenhas e Analyses. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 5(1), 87-88.
- Digital Collections. (2008). Early Advertising of the West - Rainier Beer (1906). *University of Washington Libraries*. Recuperado em 20 de outubro, 2012, de <http://content.lib.washington.edu>
- Edital de chamamento público nº 8, de 12 de abril de 2012.* Seleção de projetos formativos que contribuam para a reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a serem desenvolvidos por instituições que prestem serviços em regime de residência. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 17 de outubro, 2012, de <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/publicacoes/portarias-e-decretos>.

- Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS.* (2010). Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Saúde. Recuperado em 08 de julho, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_comu_terapeuticas.pdf.
- Esposel, F. (1931). Malefícios do álcool. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 4(3), 208-216.
- Faria, A. A. C., & Barros, V. A. (2011). Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicologia & Sociedade*, 23(3), 536-544. Recuperado em 18 de janeiro, 2012, de www6.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/include/getdoc.php?id=3116.
- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT. (2011a). *Comunidades Terapêuticas*. Recuperado em 15 de julho, 2011, de www.febract.org.br/comunidades.htm.
- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT. (2011b). *Histórico da FEBRACT*. Recuperado em 15 de julho, 2011, de www.febract.org.br/historico.htm
- Ferrer, C. O. (1933). Consideraciones sobre el trabajo en los alienados. *Boletin del Asilo de Alienados em Oliva*, 1(1). Resenha de: E. Lopes (1933). Resenhas e Analyses. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(4), 316-324.
- Fleury, S. (2012, 02 de outubro). Um remédio para matar ou salvar o SUS? *Le Monde Diplomatique - Brasil*, edição 63. Recuperado em 12 de outubro, 2012, de <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1267>
- Gallo, J. S., & Hashimoto, E. A. (2011, 10 de outubro). Internação compulsória na Cracolândia. *Instituto Brasileiro de Ciências Criminais*. Recuperado em 28 de abril, 2012, de http://www.ibccrim.org.br/site/noticias/conteudo.php?not_id=13881.
- GEPHE. (2011). *Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenismo*. Recuperado em 26 de junho, 2012, de <http://www.ppi.uem.br/gephe>
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos* (8ª edição), (D. M. Leite, Trad.). São Paulo: Perspectiva.

- Gomes, B. R., & Capponi, M. (2012). Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In CRP 6ª Região (Org.), *Álcool e outras Drogas*, (pp. 09-13). São Paulo: CRPSP.
- Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo – IMESC/SP. (2009). *Infodrogas*. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Recuperado em 30 de setembro, 2012, de <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Usuar.htm>
- International Narcotics Control Board – INCB. (2010). Report of the International Narcotics Control Board for 2009. New York: United Nations. Recuperado em 29 de setembro, 2012, de http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2009/AR_09_English.pdf.
- Kehl, R. (1929a). A loucura homicida da velocidade. *Boletim de Eugenia*, 1(5), p. 3.
- Kehl, R. (1929b). Herança e crime. *Boletim de Eugenia*, 1(5), p. 3.
- Kehl, R. (1929c). Limitação da natalidade. *Boletim de Eugenia*, 1(12), 1-2.
- Kehl, R. (1930a). Inquerito eugenico. *Boletim de Eugenia*, 2(13), 3-4.
- Kehl, R. (1930b). Suicídio. *Boletim de Eugenia*, 2(17), p. 6.
- Kehl, R. (1931a). Que é eugenia? *Boletim de Eugenia*, 3(28), p. 1.
- Kehl, R. (1931b). O alcoolismo infantil no Brasil. *Boletim de Eugenia*, 3(30), p. 8.
- Kleinman, A. (1991). What is a Psychiatric Diagnosis? In A. Kleinman, *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience* (2nd ed.), (pp. 5-17). New York: The Free Press.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. Recuperado em 15 de junho, 2011, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca>.

Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. (1971, 29 de outubro). Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 07 de maio, 2012, de <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1971/5726.htm>.

Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. (1976, 21 de outubro). Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 07 de maio, 2012, de <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Presidência da República.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 28 de julho, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. (2002, 11 de janeiro). Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica. Brasília, Presidência da República. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca>.

Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. (2006, 23 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm.

Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM. (1925a). Conferência de Genebra contra os tóxicos. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1(2), 137-139.

Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM. (1925b). Estatutos da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1(1), 223-234.

Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM. (1929). Trabalhos de anti-alcoolismo. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 2(1), 12-16.

Liga Brasileira de Hygiene Mental – LBHM. (1931a). Homenagem a Severino Lessa. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 4(1), 8-9.

Liga Brasileira de Hygiene Mental – LBHM. (1931b). Trabalhos de anti-alcoolismo: para a nossa legislação anti-alcoolica. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 4(2), 133-136.

Liga Brasileira de Hygiene Mental – LBHM. (1934). A campanha pró-hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(1), 63-72.

Liga Brasileira de Hygiene Mental – LBHM. (1947). Novidades em psiquiatria. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 18(1), 93-96.

Lima, C. A. (1944). Semana Anti-alcoólica. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 84-86.

Lima, J. M. B. (2010). O sucesso do mercado da cerveja no Brasil e os prejuízos do Sistema de Saúde (público e privado). *Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) – Artigos em Destaque*. Rio de Janeiro. Recuperado em 27 de julho, 2012, de <http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/Artigo290110.pdf>

Lopes, C. (1925). Prophylaxia social das toxicomanias. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1), 117-129.

Lopes, C. (1934). A propósito das toxicomanias raras ou menos frequentes entre nós. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(2), 111-119.

Lopes, C. A. (1944). Alcoolismo e higiene mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 105-107.

Lopes, E. (1925). Contra o alcoolismo: em favor da hygidez mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1), 148-166.

Lopes, E. (1930a). Trabalhos de anti-alcoolismo. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(1), 18-19.

Lopes, E. (1930b). Trabalhos de anti-alcoolismo. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(3), 91-94.

- Lopes, E. (1930c). Trabalhos de anti-alcoolismo. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(7), 247-251.
- Lopes, J. M. A. (1934). Enfermagem gynecologica das alienadas. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(2), 124-129.
- Luzio, C. A. (2011). Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental. In M. L. Boarini (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental* (2ª edição), (pp. 145-174). Maringá: EDUEM.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). 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, 14(3), 801-821. Recuperado em 19 de julho, 2011, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo: Atheneu. Recuperado em 18 de janeiro, 2012, de www.neip.info/upd_blob/0000/14.pdf.
- Maestri, M. (2011). As campanhas antialcoólicas nas escolas primárias - nas décadas de 20 e 30 do século XX no Brasil. In M. L. Boarini (Org.), *Raça, higiene social e nação forte: mitos de uma época*, (pp. 129-156). Maringá: EDUEM.
- Maierovitch, W. (2012, 14 de janeiro). O terror higienista. *Carta Capital*. Recuperado em 19 de janeiro, 2012, de www.cartacapital.com.br/sociedade/o-terror-higienista.
- Maronna, C. A. (2012). Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos. In CRP 6ª Região (Org.), *Álcool e outras Drogas*, (pp. 51-59). São Paulo: CRPSP.
- Marques, A. C. P. R. (2001). O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, 3, 73-86. Recuperado em 03 de setembro, 2011, de www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo.
- Marques, A. C. R. (2012, 10 de janeiro). Debate: A intervenção deveria começar com a PM? *O Estado de S. Paulo*, p. C1.
- Medina, G. (2012). Drogas e juventude: outro caminho. In Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região (Org.), *Álcool e outras drogas* (pp. 115-118). São Paulo: CRPSP.

- Mello, N. B. (1939). Alcoolismo e hereditariedade. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 12(3-4), 84-90.
- Melo Neto, G. (1934). Contribuição à semana anti-alcoolica. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(3), 238-239.
- Moncorvo Filho, A. (1928). *Alcoolismo infantil*. Conferência realizada em 18 de outubro de 1927 na Liga Brasileira e Hygiene Mental. Rio de Janeiro: Paulo Pongetti.
- Montaño, C. (2010). *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social* (6ª edição). São Paulo: Cortez.
- Monte Serrat, S. (2002). Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. *Comciência*, Drogas (reportagem especial). Recuperado em 22 de janeiro, 2012, de www.comciencia.br.
- Moraes, E. (1921). *Ensaio de Pathologia Social*. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro & Maurillo.
- Moreira, J. (1925). A selecção individual de immigrants no programma da hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1), 109-115.
- Moreira, J. (1929). Trabalhos originaes: Reformatórios para alcoolistas. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 2(2), 61-63.
- Moreira, J. (1933). Trabalhos de anti-alcoolismo: Assistência aos bebedores. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(2), 124-126.
- Morel, B. A. (2008). Tratado das degenerescências na espécie humana. Trad. Maria Vera Pompeo de Camargo Pacheco. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (3), 497-501. Recuperado em 12 de agosto, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Moura, R. H., & Boarini, M. L. (2012). A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19(1), 217-235. Recuperado em 26 de junho, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID. (2007). *Tratamento/Modelos/Comunidade terapêutica*. Recuperado em 22 de janeiro, 2012 de www.obid.senad.gov.br.

- Oliveira, M. G. P. N. (2009). *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador-BA. Recuperado em 20 de março, 2011, de www.ici.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra190.
- Oliveira, M. M. (2008). *Como fazer pesquisa qualitativa* (2ª edição). Petrópolis: Vozes.
- Pacheco e Silva, A. C. (1939). O serviço social na assistência aos enfermos da mente. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 12(1-2), 12-15.
- Padilha, A., & Tykanori, R. (2011, 30 de agosto). Crack: solução é acolher e reconstruir vidas. *O Estado de S. Paulo*, pp. 2-3. Recuperado em 04 de setembro, 2011, de www.slideshare.net/MinSaude/crack-solucao-acolher-e-reconstruir-vidas-9071713.
- Paulin, L. F.; & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 11(2), 241-258.
- Penafiel, C. (1925). O elemento psychico do trabalho humano. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(2), 11-26.
- Pernambuco Filho. (1930). Alguns aspectos sociaes da morphinomia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(2), 37-43.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. Recuperado em 09 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002*. (2002, 30 de abril). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8029-816?format=pdf>.
- Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005* (2005, 17 de fevereiro). Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.
- Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005* (2005, 1º de julho). Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias

ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.

Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005 (2005, 04 de julho). Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPS AD – e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.

Portaria 1.174, de 07 de julho de 2005 (2005, 07 de julho). Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.

Portaria 1.190, de 4 de junho de 2009. (2009, 4 de junho). Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de julho, 2011, http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf.

Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. (2010, 20 de setembro). Institui, no âmbito do SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.

Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010. (2010, 20 de setembro). Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.

Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. (2010, 20 de setembro). Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2011, de <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). 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. Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. (2012, 26 de janeiro). Redefine o CAPS AD III (24 horas) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. (2012, 26 de janeiro). Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. (2012, 26 de janeiro). Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. (2012, 31 de janeiro). Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: Ministério da Saúde.

Porto-Carrero, J. (1932). Entrevista do professor Julio Porto-Carrero ao “O Globo” em 10-11-1932. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 5(2), 91-93.

Porto-Carrero, J. (1933). Cuidados aos egressos dos manicômios. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(4), 371-372.

Pozas, J. E. M. (1998). Comunidades terapêuticas en España: evolución histórica, situación actual y perspectivas. *Instituto para El Estudio de las Adicciones*. Recuperado em 22 de janeiro, 2012, de <http://www.lasdrogas.info>.

Prado Filho, K., & Lemos, F. C. S. (2012). Uma breve cartografia sobre a luta antimanomial no Brasil. *Contemporânea*, 2(1), 45-63.

Prisco, F. (1929). *Contra o alcoolismo*. Rio de Janeiro: São Benedicto. Resenha de: E. Lopes (1930). Resenhas e Analyses. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(3), p. 97.

Ramos, A. (1941). *Saúde do espírito: higiene mental* (2ª edição). Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária.

- Raupp, L., Fefferman, M., & Morais, M. L. S. (2011). A saúde pública e o atendimento aos usuários de crack. In M. L. Boarini (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental* (2ª edição), (pp. 175-188). Maringá: EDUEM.
- Raupp, L. M., & Milnitisky-Sapiro, C. (2008). A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 361-368. Recuperado em 16 de julho, 2011, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Reis, J. R. F. (1994). Higiene mental e eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental - 1920-30. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História – Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas-SP. Recuperado em 1º de outubro, 2012, de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000084264>
- Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD*. (2005, 27 de outubro). Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas. Recuperado em 11 de julho, 2011, de www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.
- Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001*. (2001, 30 de maio). ANVISA. Recuperado em 10 de outubro, 2011, de www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm.
- Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. (2011, 30 de junho). 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. ANVISA. Recuperado em 17 de julho, 2011, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>.
- Rezende, G. (1934). A proposito da alta dos internados em hospitaes de psychopathas. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(3), 222-225.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). Maioria dos usuários da Cracolândia se submetem a tratamento, afirma pesquisa da UNIAD/UNIFESP. *Blog Dependência Química*. Recuperado em 16 de janeiro, 2012, de www.uniad.org.br.
- Riedel, G. (1925). Acta da sessão do conselho executivo realizada em 14 de fevereiro de 1925. Actas e trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1), 209-221.

- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-22. Recuperado em 07 de outubro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Rodrigues, L. (1933). Alcoolatras nos manicômios. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(4), 299-303.
- Roxo, H. (1925). Trabalhos Originaes: Hygiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(2), 01-09.
- Roxo, H. (1944). A Semana Anti-alcoolica. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 15(1), 79-80.
- Roxo, H. (1945). Relatório. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 16(1), 8-13.
- Sáad, A. C. (2001). Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In M. S. Cruz; S. M. B. Ferreira (Orgs.), *Álcool e Drogas: usos, dependência e tratamentos* (pp. 11-34). Rio de Janeiro: IPUC.
- Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 167-174. Recuperado em 17 de julho, 2011, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Sadi, A., & Nublát, J. (2011, 11 de dezembro). Governo erra ao focar o crack, diz médico. *Folha de S. Paulo*. Recuperado em 1º de maio, 2012, de www.folha.uol.com.br.
- Santos, F. S. D., & Verani, A. C. (2010). Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(2), 401-420. Recuperado em 02 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Scholz, C. (2010a). Reclames do Estadão: a história contada pelos anúncios impressos desde 1876 – Cerveja com receita médica. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 11 de outubro, 2012, de <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao>
- Scholz, C. (2010b). Reclames do Estadão: a história contada pelos anúncios impressos desde 1876 – Um amor de cerveja. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 11 de outubro, 2012, de <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao>

- Scholz, C. (2011a). Reclames do Estadão: a história contada pelos anúncios impressos desde 1876 - Colombina inofensiva. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 05 de outubro, 2012, de <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao>
- Scholz, C. (2011b). Reclames do Estadão: a história contada pelos anúncios impressos desde 1876 – Onze prédios iguais ao Martinelli de cerveja. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 11 de outubro, 2012, de <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao>
- Scholz, C. (2012). Reclames do Estadão: a história contada pelos anúncios impressos desde 1876 – Remédio para a crise. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 05 de outubro, 2012, de <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao>
- Senado Federal. (2011a). Médicos contestam destinação de recursos públicos a comunidades terapêuticas controladas por religiosos. *Em Discussão* (online), Ano 2, nº 8. Recuperado em 28 de agosto, 2012, de <http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas>
- Senado Federal. Secretaria Especial de Comunicação Social. (2011b). Comunidades oferecem 80% das vagas e querem ajuda do Estado. *Em Discussão*, Ano 2, nº 8, 60-69.
- Silva, E. A. (2012). Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In CRP 6ª Região (Org.), *Álcool e outras Drogas*, (pp. 35-40). São Paulo: CRPSP.
- Silveira, D. X. (2012, 18 de janeiro) Crack é usado por miseráveis porque é barato (Entrevista a Maria Inês Nassif). *Blog Saúde com Dilma*. Recuperado em 19 de janeiro, 2012, de <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/18/crack-e-usado-por-miseraveis-porque-e-barato>.
- Soares, L. T. (2010). Prefácio. In C. Montaña, *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*, (6ª edição), (pp. 11-13). São Paulo: Cortez.
- Souza, F. (1939). Alcool, flagelo social. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 12(1-2), 17-20.
- Souza, F. (1943). Perigos da embriaguez. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 14(1), 81-85.

Strout, F. E. (1935). Programma educativo de temperança scientifica nas escolas. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 8(1), 22-26.

Tavares, R. (1931). O alcoolismo em S. Paulo. *Boletim de Eugenia*, 3(30), 7-8.

Torres, A. (1933). *A organização nacional*. São Paulo: Companhia Editora Nacional. Recuperado em 24 de fevereiro, 2012, de <http://www.brasiliana.com.br/obras/a-organizacao-nacional-primeira-parte-a-constituicao>.

Toulouse, G. G. P., & Targowla, R. (1925). Prophylaxia Mental. In Sergent; Ribadeau-Dumas; Babonneix (Orgs.), *Medicina Social (Vol. XXXIII) do Tratado de Pathol. Med. e Therap.* Resenha de: E. Lopes (1925). Resenhas e Analyses. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1), 167-181.

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. (2010). *Relatório Mundial sobre Drogas 2010: referências ao Brasil e ao Cone Sul*. Recuperado em 20 de janeiro, 2012, de http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2010/WDR_2010_Referencias_ao_Brasil_e_Cone_Sul.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. (2012). *World Drug Report*. New York: United Nations. Recuperado em 08 de agosto, 2012, de <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>

Varigny, H. (1931). Da Eugenia. *Boletim de Eugenia*, 3(25), 1-5.

Vidoni, G. (1934). Alguns apontamentos sobre a actividade assistencial paramanicomial. *L'Igiene Mentale*, 3. Resenha de: E. Lopes (1934). Resenhas e Analyses. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 7(2), 144-173.

World Health Organization - WHO. (2012). *Facts and figures: Management of substance abuse*. Recuperado em 04 de janeiro, 2012, de http://www.who.int/substance_abuse/facts/en.

ANEXO

**ANEXO A – CONTEÚDO SUGERIDO PELA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE
MENTAL PARA A “LEI ANTIALCOÓLICA”**

Artigo 1º - Fica proibido em todo o território da União a venda de bebidas alcoólicas nos domingos, feriados nacionais, dias santificados da Igreja Católica, dias de carnaval e dias de eleições.

- a. Fica igualmente proibida a venda de bebidas alcoólicas desde as doze horas do dia anterior a qualquer um dos mencionados, bem como até às sete horas da manhã do dia subsequente ao da proibição.
- b. Em caso de infração, será punido o dono ou seu preposto, com multa de um conto de réis, o dobro na reincidência, e cassação de licença à terceira vez no mesmo ano.

Artigo 2º - Fica proibido o uso de bebidas alcoólicas em todos os banquetes ou festividades oficiais.

Artigo 3º - Fica proibido o consumo de bebidas alcoólicas no interior dos quartéis, fortalezas, navios de guerra e quaisquer outros estabelecimentos militares, incluindo nesta proibição os cassinos de oficiais e praças de armas.

Artigo 4º - Fica proibida a locação de próprios do Estado e quaisquer empresas, ou particulares que neles desejem instalar seu comércio, por atacado ou a varejo, de bebidas alcoólicas, embora não exclusivamente de tais bebidas.

- a. Incluem-se neste artigo os navios mercantes de companhias subvencionadas pelo Governo.
- b. Respeitar-se-ão, entretanto, pelo menos até o prazo de um ano, a contar da vigência da presente lei, os prazos dos contratos atuais que existam entre firmas comerciais e o Governo.

Artigo 5º - Fica expressamente proibida a abertura de estabelecimentos para a venda a varejo de álcool e bebidas alcoólicas num raio de menos de 300 metros das escolas públicas, dos liceus ou ginásios oficiais, dos hospitais, asilos, hospícios, igrejas, oficinas do Estado, fábricas, quartéis, arsenais ou habitações coletivas de operários, ou, enfim, de outros estabelecimentos comerciais onde se vendam bebidas alcoólicas.

- a. Excetuam-se dessa proibição as casas comerciais existentes nesta data no perímetro em apreço, às quais será lícito renovar as suas licenças, como o vinham fazendo.
- b. Quando venham a ser criados novos estabelecimentos coletivos em qualquer zona, as casas de varejo de bebidas já existentes a menos de 300 metros de distância não serão obrigadas a fechamento ou mudança, nem haverá, por esse fato, majoração da taxa das respectivas licenças de funcionamento.

Artigo 6º - Os bares, botequins, confeitarias, restaurantes ou quaisquer estabelecimentos que funcionem no interior de teatros, jardins, balneários, ou ainda de agremiações privativas dos seus sócios, estão sujeitos às mesmas tributações e proibições sobre bebidas alcoólicas estabelecidas na presente lei para os estabelecimentos comerciais comuns.

Artigo 7º - Fica assimilado o dono, ou seu preposto, da casa ou estabelecimento em que se vendam a varejo bebidas alcoólicas, aos propinadores de substâncias entorpecentes e analgésicas, quando incitarem ou promoverem o alcoolismo de seus clientes, ou quando nestes se manifestem sintomas de embriaguez devida a tais incitações.

Parágrafo único: esta contravenção será punida com um a quatro anos de prisão celular, sendo o crime inafiançável, e cassada a licença para funcionar o estabelecimento.

Artigo 8º - É proibida nesses estabelecimentos de venda a varejo de álcool e bebidas alcoólicas a requisição por compra, dádiva ou transporte, por menores, sob pena de multa de quinhentos mil réis e o dobro na reincidência, cassada a licença de funcionar o estabelecimento aos contumazes, proprietários, ou seus prepostos.

Artigo 9º - Fica proibida a importação, a exportação ou o transporte interestadual de bebidas alcoólicas fermentadas em pipas, barris, quartolas ou quaisquer outros recipientes de mais de dois litros de capacidade.

Artigo 10º - Fica proibida a venda ambulante de bebidas alcoólicas.

Parágrafo único: inclui-se na proibição deste artigo a venda de bebidas alcoólicas em barracas, quiosques, ou outros bares improvisados por ocasião de festas ou quaisquer outros ajuntamentos populares.

Artigo 11º - Fica proibido o comércio a varejo de bebidas alcoólicas, por ocasião de movimentos paredistas, sedições ou quaisquer outras alterações de ordem pública.

Artigo 12º - Fica proibido em todo o território nacional, seis meses após a data da regulamentação desta lei, o fabrico de quaisquer bebidas alcoólicas destiladas que não sejam as aguardentes até quarenta por cento de álcool em volume, derivadas da cana-de-açúcar e do vinho, bem como o de todas as bebidas alcoólicas fermentadas que tenham mais de 18% de álcool em volume.

Parágrafo único: dentre as aguardentes supramencionadas não será, entretanto, permitido, o fabrico da denominada “graspa”.

Artigo 13º - Ficam elevados ao triplo os impostos incidentes sobre bebidas fermentadas nacionais, ao quádruplo os tributos que oneram as aguardentes nacionais, ao quádruplo as taxas incidentes sobre as bebidas fermentadas importadas e ao decuplo as tributações que gravam as bebidas destiladas estrangeiras.

Artigo 14º - Ficam isentos de qualquer tributação federal, estadual ou municipal todos os sucos naturais não fermentados, de vegetais.

Artigo 15º - Ficam reduzidos à metade os impostos incidentes sobre as águas minerais naturais brasileiras.

Artigo 16º - Fica proibido todo e qualquer anúncio ou reclamo de bebida alcoólica destilada, e quanto aos de bebidas fermentadas serão permitidos apenas os anúncios ou reclamos publicados na imprensa que hajam sido previamente aprovados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública.

- a. Não se consideram anúncios os reclamos, para os efeitos da proibição supra, os simples enunciados das denominações de bebidas quaisquer, acompanhados apenas de endereços dos seus fabricantes ou vendedores, e em que nem sequer se lhes faça o preconcio por intermédio de imagens mais ou menos sugestivas.
- b. Nenhuma bebida alcoólica poderá ser exposta à venda sem que contenha no rótulo, ou contra-rótulo, um impresso com o resultado, devidamente datado, da análise que dela tenha sido feita em um dos laboratórios oficiais de análise da União ou dos Estados.

Artigo 17º - Fica proibida a venda em leilão de bebidas alcoólicas, salvo nos casos de leilão judicial, eventualidade em que a venda deverá ser feita em globo, sem acréscimo de nenhuma outra mercadoria, e após análise legal das bebidas.

Artigo 18º - Todo e qualquer agente do poder público que se prove ter sido subornado para relevar qualquer das infrações previstas na presente lei sofrerá demissão imediata, será multado em importância equivalente a um mês de seus vencimentos, no mínimo, ou punido com um a doze meses de prisão.

Artigo 19º - A todo e qualquer agente do poder público caberá um terço da importância das multas que sejam cobradas pelos flagrantes.

Artigo 20º - Fica instituído em todo território nacional o ensino antialcoólico obrigatório nas várias séries dos cursos primários e secundários dos estabelecimentos de ensino oficiais, ou equiparados, da União e dos Estados.

Artigo 21º - Todo acréscimo de receita provindo dos aumentos tributários e das multas previstas na presente lei formará um fundo especial destinado a manter ou subvencionar, na União e nos Estados, serviços respectivamente oficiais ou particulares, de Educação e Instrução Pública, de Assistência Hospitalar e Social, de Higiene e de Eugenia.

Parágrafo único: Na criação dos serviços assistenciais a que se refere este artigo deverá, sempre que possível, ser dada a preferência aos reformatórios para ébrios e toxicômanos e ao amparo das famílias desses doentes no meio social.