

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

PAULA FERREIRA TOLEDO

*Redução de danos: contribuições para o cuidado em saúde mental na
adolescência*

Maringá

2024

PAULA FERREIRA TOLEDO

*Redução de danos: contribuições para o cuidado em saúde mental na
adolescência*

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

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Maringá

2024

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

T649r	<p>Toledo, Paula Ferreira</p> <p>Redução de danos : contribuições para o cuidado em saúde mental na adolescência / Paula Ferreira Toledo. -- Maringá, PR, 2024. 221 f. : il., tabs.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Edneia José Martins Zaniani. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.</p> <p>1. Adolescentes. 2. Drogas. 3. Antiproibicionismo. 4. Saúde mental. 5. Psicologia sócio-histórica. I. Zaniani, Edneia José Martins, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p>
CDD 23.ed. 150	



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

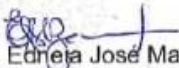



PAULA FERREIRA TOLEDO


**Redução de Danos: contribuições para o cuidado em saúde mental na
adolescência**

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.

COMISSÃO JULGADORA


Profa. Dra. Edneia José Martins Zaniani
Presidente


Prof. Dr. Fabio José Orsini Lopes
Examinador


Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa
Examinador

Aprovado em: 19/08/2024
Defesa realizada: Bloco 118 - Sala de Vídeo.

*Dedico esse trabalho aos meus sobrinhos e a todos os adolescentes
que me emprestaram um pouco de suas histórias.*

AGRADECIMENTOS

Essa pesquisa só pôde ser concluída com muito apoio da minha orientadora Professora Ednéia, que foi mais do que uma orientadora neste processo; foi uma pessoa muito humana e comprometida com a docência e com as pessoas. Sem o seu auxílio eu não teria conseguido.

Agradeço também à banca composta pelos professores Fábio e Pedro, pelas contribuições e paciência, pois com certeza a qualidade deste trabalho eu devo também a eles.

Aos professores e profissionais do Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPI, da Universidade de Maringá - UEM, a minha mais imensa gratidão pelo apoio.

Agradeço aos meus pais, pessoas simples, mas que sempre me incentivaram a estudar, mesmo com todas as minhas dificuldades, afinal ninguém é perfeito!

Aos meus sobrinhos que me ensinaram o afeto por crianças e adolescentes, a minha mais eterna gratidão e carinho.

Nos momentos em que as “coisas” ficaram difíceis, os meus amigos sempre estiveram por perto. Agradeço a todos, mas especialmente a Barbara Dalvana e a Bianca Freire, que compartilharam comigo de perto as angústias do mestrado por saberem como é estar nesse processo.

E por último, agradeço a todos os serviços públicos onde atuei e que permitiram a flexibilidade de horário para que eu pudesse participar das aulas.

*A desvalorização do mundo humano
aumenta em proporção direta com a
valorização do mundo das coisas.*

*(Karl Marx: Contribuição à crítica da
economia Política)*

TOLEDO, P. F. *Redução de danos: contribuições para o cuidado em saúde mental na adolescência.* Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, PR.

RESUMO

A relação humana com as drogas atravessa a própria história da humanidade. Contudo, quando esta relação se dá durante a infância ou adolescência gera ainda mais polêmicas e preocupações. No que tange a maneira de se compreender e intervir junto àqueles que podem vir a fazer ou que fazem uso problemático dessas substâncias, a lógica proibicionista, que foca na abstinência, tem sido hegemônica. A Redução de Danos (RD), enquanto outra lógica, segue pouco compreendida por parte da população e também de profissionais que acreditam que ela se resume às estratégias que visam atenuar os efeitos negativos do uso, acusando-a inclusive de fazer apologia às drogas. Em meio a muitos embates, a interface adolescência-drogas segue pouco explorada no meio científico e ainda mais escassas são as discussões críticas acerca do tema. Esta pesquisa objetivou investigar “se” e “como” a RD se aplica à adolescência, e se a mesma pode contribuir para o cuidado em saúde mental frente ao uso problemático de drogas neste período do desenvolvimento humano. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e de campo, que partiu de entrevistas realizadas com profissionais que atuaram com RD nos últimos cinco anos. A análise de dados foi inspirada na visão de homem e de mundo materialista histórico-dialética, fundamento epistemológico da Psicologia Sócio-Histórica, bem como nas contribuições de autores críticos ao paradigma psiquiátrico e proibicionista. Os resultados indicaram a escassez de conhecimentos e propostas voltadas ao público infantojuvenil, expressando que a lógica proibicionista mantém-se vigorante na sociedade brasileira. A RD com crianças e adolescentes é atravessada por concepções liberais de desenvolvimento humano, pelo avanço da repressão, mercantilização e (re)manicomialização, como empreendimento de uma agenda conservadora, inclusive com apoio de setores progressistas. Segue-se negando que crianças e adolescentes são sujeitos concretos e fazem uso de substâncias, maximizando o sofrimento daqueles cuja relação com a droga produz danos, sobretudo porque articula e acirra outras vulnerabilidades. Portanto, reiteramos a defesa de uma RD anticapitalista, que vislumbre não apenas a garantia e defesa de direitos sociais básicos, mas que vinculada a um projeto societário mais amplo, lute pela emancipação humana a ser conquistada via superação das relações capitalistas de exploração.

Palavras-chave: Adolescentes; Drogas; Antiproibicionismo; Saúde Mental; Psicologia Sócio-Histórica.

TOLEDO, P. F. *Harm reduction: Contributions to mental health care in adolescence.* (Master's Thesis). Graduate Program in Psychology, State University of Maringá, PR, Brazil.

ABSTRACT

The human relationship with drugs spans the entirety of human history. However, when drug use occurs during childhood or adolescence, it generates even greater controversy and concern. Regarding how to understand and intervene in cases of problematic substance use, the prohibitionist logic – centered on abstinence – has remained hegemonic. Harm Reduction (HR), as an alternative approach, is still widely misunderstood by both the general population and professionals, who often reduce it to a set of strategies merely aimed at mitigating the negative effects of drug use, and sometimes even accuse it of promoting drug use. Amidst numerous disputes, the intersection between adolescence and drug use remains underexplored in scientific research, and critical discussions on the topic are even scarcer. This research aimed to investigate “whether” and “how” HR applies to adolescence and whether it can contribute to mental health care in cases of problematic drug use during this stage of human development. It is a qualitative, exploratory field study based on interviews with professionals who have worked with HR over the past five years. Data analysis was guided by the historical-dialectical materialist perspective on human beings and the world – the epistemological foundation of socio-historical psychology – along with contributions from authors critical of the psychiatric and prohibitionist paradigms. The results indicate a lack of knowledge and initiatives targeting children and adolescents, as well as the continued dominance of prohibitionist logic in Brazilian society. HR practices with children and adolescents are shaped by liberal conceptions of human development, intensifying repression, commodification, and the (re)institutionalization of individuals as part of a conservative agenda – even with support from progressive sectors. This logic continues to deny that children and adolescents are concrete subjects who use substances, thereby exacerbating the suffering of those whose relationship with drugs results in harm, especially as it intersects with and amplifies other vulnerabilities. Therefore, we reaffirm our defense of an anti-capitalist HR approach, which seeks not only to guarantee and defend basic social rights but also, as part of a broader societal project, to strive for human emancipation through the dismantling of capitalist structures of exploitation. HR can only truly exist as an anti-capitalist practice.

Keywords: Adolescents; Drugs; Antiprohibitionism; Mental Health; Socio-Historical Psychology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo do perfil dos profissionais participantes da pesquisa.....116

Tabela 2 - Concepções dos profissionais sobre a RD.....117

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos.

ABEAD – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas

ABORDA – Associação Brasileira de Redução de Danos

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANL – Aliança Nacional Libertadora

CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CESeC – Centro de Estudos em Segurança Pública

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

CONANDA – Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

COVID 19 – Corona Vírus

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CTs – Comunidades Terapêuticas

DACT – Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA – Estados Unidos

FMI – Fundo Monetário Internacional

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IURD – Igreja Universal do Reino de Deus

LA – Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outras

LMA – Luta Antimanicomial

MDS – Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome

MJSP – Ministério da Justiça de São Paulo

MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NA – Narcóticos Anônimos

NAPS – Núcleos e Atenção Psicossocial

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NEAMP – Núcleo de Estudo em Arte, Mídia e Política

NUPAD – Núcleo de Apoio às Políticas Públicas de Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organizações de Sociedade Civil

ONU – Organização das Nações Unidas

PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAD – Política Nacional sobre drogas

PROAD – Programa de Atendimento a Dependentes

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência

PSC – Prestação de Serviços à Comunidade

PSD – Partido Social Democrático

PSE – Programa Saúde da Escola

PT – Partido dos Trabalhadores

PUCSP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos

RENFA – Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas

RP – Reforma Psiquiátrica

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SINPSI – Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo

SPA – Substâncias Psicoativas

STF – Supremo Tribunal Federal

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UEM – Universidade Estadual de Maringá

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UnB – Universidade de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
SEÇÃO I – A HISTORICIDADE DA RELAÇÃO DO SER HUMANO COM AS DROGAS E SUAS PARTICULARIDADES NO CAPITALISMO	
1.1 A relação humana com as drogas: breve recuperação histórica.....	07
1.2 As drogas e as particularidades do seu consumo na sociedade capitalista.....	11
1.3 A ascensão da lógica proibicionista.....	17
SEÇÃO II – USO DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS	
2.1 Consumo problemático de drogas: modelos de enfrentamento ou de atenção?.....	29
2.2 Redução de danos: conceito polissêmico, prática polemizada.....	53
SEÇÃO III – A ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS	
3.1 Adolescência: das concepções tradicionais, à perspectiva sócio-histórica.....	65
3.2 Adolescências: particularidades históricas da infância e adolescência na formação social brasileira.....	74
3.3 (Des)compassos da história da assistência à infância no Brasil em meio às lutas da classe trabalhadora.....	87
3.4 Adolescência - uso problemático de drogas: entre a realidade material e a proposição de um cuidado em saúde/saúde mental.....	92
SEÇÃO IV – METOLOGIA E RESULTADOS	
4.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa de campo: a coleta de dados e fundamentos do materialismo histórico-dialético como inspiradores da análise.....	108
4.2 Breve caracterização do processo da pesquisa de campo e dos participantes.....	114
4.3 Eixo 1: Os conceitos e concepções de RD que atravessam o cuidado e as políticas de álcool e outras drogas voltadas às crianças e aos adolescentes	117
4.4 Eixo 2: A RD em iniciativas com crianças e adolescentes no Brasil.....	145
4.5 Eixo 3: RD e contradições que compõem os avanços e retrocessos nas políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência.....	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
REFERÊNCIAS	190
ANEXOS	219

INTRODUÇÃO

A Redução de Danos (RD) na interface com a adolescência foi eleita como tema central da pesquisa, que culminou na produção desta dissertação, em razão do nosso percurso acadêmico e profissional. Durante a graduação em psicologia, entramos em contato com a produção científica acerca da RD, apresentada pelos docentes do curso de psicologia da Universidade Estadual de Maringá - UEM, como uma lógica de cuidados alinhada ao campo da saúde mental antimanicomial, voltada à promoção da qualidade e dignidade da vida humana.

Enquanto profissional recém-formada, as experiências englobaram o trabalho com adolescentes¹, em escolas (a partir de oficinas para educação sobre drogas), junto ao público em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e fechado. Tal trabalho foi realizado no Núcleo de Apoio às Políticas Públicas de Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas - NUPAD/UEM. Posteriormente, nossa atuação seguiu também orientada pela RD enquanto trabalhávamos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Atenção Básica e no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Este percurso sinalizou-nos a necessidade de discutir, de modo geral, a lógica proibicionista enquanto hegemônica no campo dos cuidados em saúde mental direcionados aos que usam drogas, por se mostrar contraditória quando reconhecemos a historicidade da relação humana com tais substâncias. Em particular na adolescência, o proibicionismo como um dos tentáculos da valorização do capital e do controle da classe trabalhadora coloca a abstinência como seu objetivo principal, defende medidas de controle e repressão, pautando-se no simulacro de que a interdição impedirá que a relação com as drogas aconteça.

Quando colocamos em tela a RD, lembramos que ela surgiu no Brasil em finais da década de 1980, como uma estratégia contra a disseminação do vírus HIV/Aids entre o público adulto. A RD teve seu significado ampliado no encontro com o campo da saúde mental e dos direitos humanos, apresentando-se como uma ética de cuidado que poderia contribuir para uma leitura mais crítica da relação humana com as drogas e, conseqüentemente, ajudar a diversificar e qualificar ações intersetoriais a fim de promover

¹ Segundo a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente de 12 e 18 anos de idade incompletos.

uma educação para as drogas e também ofertar cuidado àqueles que fazem uso problemático² dessas substâncias.

Transcorridas mais de quatro décadas do seu surgimento, embora as discussões em torno da RD tenham se ampliado, a mesma segue compreendida de modo controverso por parte da população e também de profissionais inclusive da saúde pública. Muitos acreditam que ela se resume às estratégias que visam atenuar os efeitos negativos do uso de drogas, e quando não, a acusam de estimular e ou impedir mudanças quando se trata de sujeitos, que por vários motivos, se relaciona de modo problemático com tais substâncias.

Nada obstante, Matos (2023) afirma que ao longo da história ascenderam vários projetos de RD, desde os projetos cujas ações de RD foram concebidas como meio de promoção de abstinência, projetos com foco instrumental-pragmático (conjunto de técnicas ou de estratégias), projetos ligados à promoção da cidadania/inclusão social e, por fim, projetos de RD como uma ética de cuidado, pautada em princípios liberais. A autora nos lembra que tais projetos de RD devem ser superados se nosso compromisso é com a classe trabalhadora vitimada pelas contradições capital-trabalho que se conformam na questão social³.

Nossa atuação enquanto psicóloga junto a adolescentes possibilitou constatar que a RD ao se posicionar apenas como antiproibicionista não atinge a raiz do uso de substâncias psicoativas. Logo, defendemos como já concluiu Matos (2023), que a RD deve convergir na direção de um projeto ético-político anticapitalista que prime por uma sociedade que rompa com TODAS as formas de exploração e opressão vivenciadas pela classe trabalhadora, considerando as contradições constituintes do sistema capitalista que culminam em uma realidade material produtora das mais diferentes formas de sofrimento. Apenas enquanto projeto ético-político anticapitalista teremos uma RD coerente com o compromisso coletivo e social de luta pela emancipação de TODAS as pessoas, sejam elas crianças, adolescentes ou adultas.

Não negamos a droga e nem que a relação estabelecida com as substâncias pode, para alguns, impedir o seguimento da vida. Surjus et al. (2021) lembram que, quando a relação do

² Na literatura encontramos diferentes termos: uso abusivo, uso danoso, uso problemático, entre outros. Neste estudo privilegiaremos o termo “uso problemático”, considerando tal uso problemático porque prejudica o desenvolvimento humano não apenas no aspecto biológico, mas porque corrobora com os interesses capitalistas de valorização do capital que concorre para o acirramento dos mecanismos de alienação e exploração. Quando utilizarmos citações literais, manteremos o termo escolhido pelo autor.

³ Sobre a questão social trataremos mais adiante. Por ora, anotamos apenas que por questão social entendemos “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da classe capitalista” (Netto, 2011, p. 17). Tais problemas se materializam por meio das condições de vida degradantes em detrimento da acumulação de capital.

adolescente com a droga é vivida de forma problemática, pode produzir sofrimento e danos, chegando a demandar cuidados⁴ em saúde e saúde mental. Em acréscimo, Joia et al. (2016) advertem que essa relação não pode ser compreendida desvinculada do contexto sócio-histórico e das funções que cumpre na vida do sujeito, podendo perpassar desde a busca por amenizar a fome, o frio, múltiplas formas de violência, até a busca por sensações prazerosas e modos de pertencimento que estão atrelados ao consumo.

A RD, comprometida com a questão social, deve considerar que o uso problemático de substâncias envolve questões complexas que extrapolam o uso em si, indicando-nos que para vislumbrar qualquer tipo de cuidado em saúde, o primeiro passo é deslocar do centro da intervenção a substância, voltando-nos para as relações sociais nas quais os sujeitos produzem e se reproduzem. Um projeto ético-político de RD deve superar visões liberais que se erguem a partir de visões universalistas e naturalizantes e considerar as desigualdades de classe, gênero, raça/etnia, entre outras, que na sociabilidade capitalista esboçam e acirram múltiplas vulnerabilidades.

Como já adiantamos, ao longo desta dissertação, veremos que a RD não é um conceito homogêneo. Por outro lado, descortinaremos que é escassa a produção científica sobre o tema da RD na interface com a adolescência. Em breve levantamento das publicações científicas sobre o realizado nas bases de dados nacionais, no segundo semestre de 2022, constatamos que precisamos avançar na produção de conhecimentos críticos que discutam a ética da RD quando o consumo de drogas se dá em momentos precoces do desenvolvimento, como na adolescência. Uma análise rápida das produções encontradas na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível de Superior (CAPES) demonstrou-nos que, em uma pesquisa na qual aparecem mais de 400 artigos, menos de dez discutiam RD e adolescência. Além disso, nenhum dos artigos encontrados realizava a discussão referente à RD como uma ética anticapitalista.

Trazendo uma pequena amostra dos trabalhos encontrados na CAPES, observamos que, em sua maioria, os artigos tomam a RD enquanto referência de intervenções educativas/preventivas. Tristão e Avellar (2019) discutiram a estratégia da RD com profissionais do CAPSi no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. O

⁴ Avindo do campo da saúde mental, o conceito de “cuidado” que atravessa a elaboração desta dissertação remete ao de responsabilização cunhado pelo movimento da luta antimanicomial. Como ensinaram Rotelli, Leomardis e Mauri (2001, p. 33) “Depois de ter descartado a “solução cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento”.

estudo de Adade e Monteiro (2013), por sua vez, relatou uma proposta educativa para jovens, pais e professores nas escolas pela abordagem da RD. Um modelo de escola promotora de saúde para se pensar a prevenção ao uso de drogas foi defendida por Moreira et al. (2006). S. Silva (2009) relatou, em seu trabalho com RD, como se realizou a atenção aos adolescentes em situação de exploração sexual, enquanto Nunes e Andrade (2009) realizaram ações de RD no território a fim de garantir a saúde de adolescentes em condição de exploração sexual. Alvarenga e Soares (2020) procuraram avaliar se a estratégia de RD pode pautar uma educação em direitos humanos. O desenvolvimento de uma proposta de educação sobre drogas na visão da RD como projeto de intervenção em uma escola foi realizado por Soares e Santos (2021). Por fim, Andrade (2007) discutiu o papel da RD como suporte para as famílias em ações de prevenção ao uso de drogas.

Esperando avançar nas discussões críticas acerca da temática, esta pesquisa objetivou investigar “se” e “como” a Redução de Danos (RD) se aplicaria à adolescência, analisando as contribuições de sua ética para o cuidado em saúde mental. Como objetivos específicos buscamos: 1) apreender as principais concepções sobre a RD que atravessavam as políticas de álcool e outras drogas e o cuidado em saúde/saúde mental de crianças e adolescentes; 2) identificar iniciativas de RD com crianças e adolescentes no Brasil; 3) analisar as contradições que compunham os avanços e retrocessos nas políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência.

Para tanto, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e de campo. A coleta dos dados se deu mediante entrevistas remotas (on-line) com o uso de um roteiro semiestruturado⁵, tendo como sujeitos de pesquisa profissionais - pesquisadores especialistas e técnicos - do campo da RD que atuaram como redutores de danos nos últimos cinco anos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil. Um dos obstáculos enfrentados foi à dificuldade de encontrar profissionais que atuassem com RD na adolescência, visto que a RD teve sua origem com estratégias que contemplavam apenas trabalho com adultos. Logo, grande parte dos entrevistados não atuou em ações com foco exclusivo na adolescência, embora tenham passado por situações que exigiram a intervenção para a proteção de adolescentes.

A análise de dados foi ancorada na visão de homem e de mundo da psicologia sócio-histórica, além de nos valer das contribuições de autores críticos ao paradigma psiquiátrico e proibicionista. Lembramos que a psicologia sócio-histórica é uma vertente comprometida com

⁵ Ver Anexo I.

a realidade social brasileira, com a superação das desigualdades e das situações de opressão, concebendo o homem como ser histórico, ativo e participante do processo social. Esta psicologia se inspira nas contribuições do materialismo histórico-dialético como postura epistemológica, para compreender a dialética subjetividade-objetividade e os mecanismos que provocam alienação, a fim de contribuir com a ampliação da consciência dos homens (Bock, et al. 2007).

Para responder à questão central “se” e “como” a lógica de Redução de Danos (RD) se aplica à adolescência o trabalho que conta com quatro seções. Na primeira seção nomeada “A historicidade da relação do ser humano com as drogas e suas particularidades no capitalismo”, resgatamos a relação que o homem estabeleceu com as drogas em sociedades e épocas diferentes, para evidenciar como, na condição particular da sociedade capitalista, as drogas se converteram em mercadoria e tiveram seu valor de uso convertido em valor de troca. Neste movimento, esforçamo-nos para demonstrar como a ascensão da lógica proibicionista atrela-se ao capitalismo e toma como alvo populações específicas.

Apresentamos na segunda seção “Uso de Drogas e Redução de Danos” - uma reflexão sobre os modos de se lidar com as questões atinentes ao uso do álcool e outras drogas. São considerados modelos de enfrentamento aqueles que se fundamentam na lógica proibicionista. Em contraponto, consideramos modelos de atenção aqueles que se comprometem com a promoção da saúde pública, buscam a inserção social das pessoas e o cuidado em saúde mental em liberdade, como a redução de danos e a atenção psicossocial⁶. A história da RD, seus princípios e sua dimensão ética são discutidas em conjunto com a construção da lógica da atenção psicossocial.

Abordamos na terceira seção “A Adolescência e Uso de Drogas” como as concepções sobre a adolescência foram se formando em torno de um viés biologizante e como a psicologia sócio-histórica realiza a crítica a tais concepções. As particularidades históricas da infância e adolescência na formação social brasileira em um contexto de capitalismo dependente são trazidas à tona no entendimento de que tais particularidades se relacionam com o desenvolvimento das relações sociais na sociedade brasileira. O papel da luta de classes para a obtenção dos direitos das crianças e adolescentes é esmiuçada e a relação adolescência uso-problemático é discutida a partir das bases materiais na sociedade capitalista.

⁶ A atenção psicossocial é um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que constituem um novo paradigma para o cuidado em saúde mental, apto a substituir o paradigma manicomial. Assim, a atenção psicossocial não se resume à uma rede de serviços ou à mudança no modo de prestar o cuidado em saúde mental, sendo definida como um processo de transição paradigmática (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

Na sequência, trazemos a metodologia e resultados da pesquisa, a partir das entrevistas realizadas com especialistas do campo da RD e trabalhadores que já atuaram como redutores de danos nos últimos cinco anos. A análise das entrevistas resultou em três eixos assim nomeados: Eixo 1: os conceitos e concepções de RD que atravessam o cuidado e as políticas de álcool e outras drogas voltadas às crianças e aos adolescentes; Eixo 2: a RD em iniciativas com crianças e adolescentes no Brasil; Eixo 3: a RD e as contradições que compõem os avanços e retrocessos nas políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência. Fechamos a dissertação, apresentando as considerações finais.

SEÇÃO I – A HISTORICIDADE DA RELAÇÃO DO SER HUMANO COM AS DROGAS E SUAS PARTICULARIDADES NO CAPITALISMO

Nesta seção propomos recuperar parte da história da relação humana com as drogas. Partimos da necessidade de compreendermos como o uso destas substâncias se modificou ao longo do tempo, e de um uso demarcado como medicinal e religioso, passou a ser simples matéria de consumo na sociedade capitalista. Ao explorarmos o uso de substâncias desde a pré-história, constataremos que o consumo problemático dessas substâncias é um acontecimento contemporâneo, assim como também é relativamente nova a proibição do seu uso.

1.1 A relação humana com as drogas: breve recuperação histórica

Ao buscarmos a historicidade da relação humana com as drogas, consideramos como, a partir de determinadas condições sociais, esta relação foi se modificando de acordo com cada momento histórico e lugar. Esta transformação não foi natural, mas gestada a partir do modo como os homens organizam a vida e as relações que estabelecem, isto porque partimos do entendimento de que “os atos e os acontecimentos sociais e pessoais são produtos da ação dos homens entre si no mundo; são simbolizados e possuem intenções e significados construídos nesse processo de existência” (Kahale & Rosa, 2009, p. 35).

As formas de ingestão (comida, bebida, psicoativos) são elementos fundamentais da cultura material. Em geral, a distribuição desses elementos compôs as atividades centrais de diversificados grupos humanos (Torcato, 2016). Assim, ao longo da história da humanidade, o homem experimentou estados alterados de consciência e esta busca foi o motor que propiciou o acúmulo de conhecimento, o desenvolvimento da cultura e dos meios de sobrevivência da humanidade ao longo da história (Silveira, 2008).

Análises antropológicas e históricas evidenciam que diversas culturas registraram o uso de substâncias psicoativas, abarcando o uso medicinal, mágico-religioso e também recreativo. Desde a pré-história (paleolítico, neolítico, idade dos metais), passando pela Idade Antiga (4.000 a.C-476 d.C), Idade Média (476 d.C-1453), Idade Moderna (1453-1789) e Idade Contemporânea (1789 - atualidade), encontramos indícios de que o homem tem buscado o uso de tais substâncias para diversos fins (Bayón, 2019).

Contudo, o interesse por pesquisas relacionadas ao consumo de substâncias em períodos longínquos da história da humanidade é recente. Bayón (2019), ao pesquisar este processo, aponta que análises de restos arqueológicos do período paleolítico da pré-história sugeririam que naquele período a humanidade utilizava certos tipos de fungos e plantas com propriedades relaxantes e alucinógenas. O autor observa que na pré-história a flora europeia já oferecia diversas plantas com potencial de modificar o estado mental do homem, a papoula, o cânhamo, a éfrega, a beladona, meimendo-preto, a mandrágora, o estramônio, esporão de centeio e cogumelos alucinógenos. Bayón (2019) nos lembra ainda que embora não seja possível precisar com exatidão onde, como e quando o homem entrou em contato com substâncias psicoativas pela primeira vez, investigações realizadas na caverna de Sídron, localizada nas Astúrias, Espanha, apontam que o homem de Neandertal conhecia o efeito curativo de algumas plantas e as utilizava com fins medicinais.

Embora Escotado (1994) e Bayón (2019) não sejam autores que analisam a relação histórica do ser humano com as drogas, partindo de uma leitura materialista histórico dialética, apresentam informações significantes, pois de certo modo fornecem algumas pistas sobre como é longínqua a prática da ingestão de substâncias com capacidade de alterar o estado de consciência, mostrando-nos que tal relação atravessa e ajuda a compor a história da humanidade, inclusive podendo ter contribuído com suas transformações e avanços como, por exemplo, para o desenvolvimento das artes e dos rituais religiosos.

Bayón (2019) nos conta que, em suas investigações, a professora Elisa Doce Guerra da Universidade de Valladolid, na Espanha, examinou restos microfósseis de folhas; frutos e sementes de plantas, encontrando resíduos de bebidas alcoólicas, alcaloides psicoativos presentes em artefatos arqueológicos e restos de esqueleto da pré-história; representações artísticas de plantas com potencial psicoativo e cenas de uso de bebidas. Ademais, a pesquisadora espanhola encontrou os rastros destes produtos principalmente em tumbas e locais onde ocorriam cerimoniais. Deste modo, o autor hipotetiza que as populações pré-históricas da Europa não usavam substâncias de com fins puramente hedonistas, mas de modo regulado de acordo com o sistema de crenças e os rituais funerários sagrados de cada sociedade.

O uso de substâncias foi se modificando e esteve presente em sociedades como a mesopotâmica, a egípcia, a grega e a romana. Estas sociedades alternariam o uso mágico-religioso com o uso festivo e recreativo, estendendo a relação homem-drogas nas sociedades ao longo dos ciclos históricos (Bayón, 2019). Na Idade Antiga, por exemplo, (4.000 a.C - 476

d.C), diversos povos cultivaram e fizeram uso de substâncias psicoativas, entres estes os sumérios, egípcios, assírios, gregos, romanos, chineses etc.

Durante o período da pré-história entre o paleolítico e o neolítico houve o período mesolítico que corresponde ao recorte temporal entre 10 mil a 8 mil a.C. O mesolítico foi um período marcado por grandes secas e, em razão disso, a população nômade que vivia por intermédio da pesca, começou a se estabelecer nas margens dos grandes rios. Ao longo do terceiro milênio a.C, na região localizada entre os rios Tigre e Eufrates se desenvolveram várias civilizações que foram responsáveis pela gênese da agricultura, da pecuária, da escrita e das religiões. Bayón (2019) coloca que o domínio da agricultura e pecuária proporcionou a abundância de alimentos oportunizando o surgimento de grandes cidades e o cultivo de diversas espécies de plantas que foram utilizadas para fins medicinais e de alteração da consciência e da percepção em ritos religiosos.

Escohotado (1994) informa que as plantações de papoula no sul da Espanha e da Grécia, no noroeste da África, no Egito e na Mesopotâmia, provavelmente são as mais antigas do planeta. Seu ópio, afirma o autor, possui duas a três vezes mais morfina do que o ópio produzido no leste do continente asiático, sendo esta a primeira droga registrada em documento escrito em tábuas pelos sumérios, há cerca de mais de 5 mil anos. Bayón (2019) acrescenta que outra planta utilizada na mesopotâmia como sedante e para reduzir a dor foi a cannabis. Sobre a cannabis, Escohotado (1994) lembra que seu consumo se deu também na Índia e se propagou até a Pérsia e a Assíria. Além do uso de cannabis, os povos da região da mesopotâmia eram adeptos ao uso de cerveja, sendo esta a bebida mais consumida em reuniões sociais.

Bayón (2019) afirma que a civilização egípcia - que teve sua gênese por volta de 4.000 a.C - documentou seus costumes e conhecimentos farmacológicos em papiros, sarcófagos, túmulos, paredes de templos. Há registros da cultura egípcia que comprovam a existência de um arsenal variado de substâncias de potencial psicoativo, seja para uso recreativo, medicinal e religioso, entre elas pode-se mencionar a flor de lótus azul, a mandrágora, a beladona, a acácia, o estramônio, a papoula, o ópio, a cerveja, o vinho, a cannabis, o cânhamo e o haxixe.

Segundo o mesmo autor, a cultura grega foi a responsável pelo nascimento da literatura, da filosofia, da política, dos esportes, da matemática e da medicina, isto é, das artes e das ciências. Referências ao uso de substâncias psicoativas com fins medicinais, religiosos, mágicos e recreativos aparecem com frequência em artes e relatos da Grécia Antiga como, por exemplo, as menções sobre as porções mágicas de Medeia, a maga mais famosa da mitologia grega, aparecem em numerosas obras.

Escohotado (1994) confirma que os gregos influenciaram os romanos no que se refere ao uso de substâncias psicoativas e graças à sua vasta extensão que permitiu o contato com diferentes civilizações de um extremo ao outro do mediterrâneo influenciando costumes, inclusive quanto ao uso de drogas. O consumo de ópio era bem difundido entre os imperadores romanos e à semelhança dos gregos; os romanos possuíam demasiada preocupação com a possibilidade de envenenamento.

A história igualmente nos revela que o uso de substâncias já se fazia presente na Ásia muito antes da existência das civilizações antigas como a mesopotâmica, a egípcia e a grega. Há provas do uso de substâncias que remetem às populações que deram origem à civilização chinesa, como achados arqueológicos de uma tumba com 13 plantas de cannabis em estado de conservação que remetem há 2.600 e 2.800 anos. Naquela cultura, o consumo do ópio, que era um produto bem oneroso, favoreceu o surgimento do que ficou conhecido como Guerras do Ópio (Bayón, 2019).

Lembra-nos Escohotado (1994) que, na América do Sul, as plantas psicoativas mais utilizadas eram o tabaco e as plantas do gênero *Datura*, da família das solanáceas. Desde o Canadá até a Patagônia, o tabaco era mascado, fumado ou bebido com fins recreativos, religiosos, terapêuticos e compunham também os ritos de passagem. Drogas estimulantes como a cafeína e a cocaína igualmente faziam parte dos hábitos de consumo das populações da América do Sul, além do guaraná, do mate e do cacau que contêm cafeína. A planta coca, base para a produção de cocaína, é originária dos Andes e haveriam registros do seu uso desde o século III a.C em esculturas que representavam pessoas mascando coca (Bayón, 2019).

A respeito do uso de substâncias psicoativas no continente africano, sabe-se que algumas etnias faziam uso cerimonial de iboga, uma planta com princípio ativo da mesma família do LSD. Ainda há a noz de cola, um estimulante que contém cafeína e o khat - uma planta psicoativa muito consumida nas regiões do Iêmen, da Somália e Etiópia. Interessante é mencionar que o consumo de noz de cola e do khat objetivava a obtenção de ânimo para o trabalho e a diminuição da fome (Bayón, 2019). A cultura canábica seria secular na África, sendo que o uso grupal em cerimônias religiosas já era deveras extenso quando os europeus chegaram neste continente (Saad, 2019).

Durante a Idade Média, no continente europeu, emergiu o fenômeno da bruxaria, cujos rituais tidos como pagãos possivelmente foram associados ao uso de substâncias psicoativas. A história da magia e da bruxaria, lembramos, é repleta de relatos sobre álcool e eteógenos (Bayón, 2019). Na sequência, observaremos que, com a expansão do mercantilismo e o

descobrimto de novos territórios, contribuíram para importantes mudanças na relação humana com as drogas.

H. Carneiro (2003) destaca que já na era Moderna, durante os séculos XV até XVIII (1453 a 1789), as plantas psicoativas converteram-se em importante fonte de lucro, sendo possível citar ao menos três grandes ciclos de mercantilização dessas substâncias nos séculos XVI, XVII e XVIII. O primeiro ciclo, no século XVI, configurou-se a partir das grandes navegações marítimas realizadas pelos europeus em busca de especiarias em outros continentes. O segundo, no século XVII, foi marcado pelo sistema colonial escravagista, tendo como sua base econômica o comércio externo de produtos provenientes do continente americano como o açúcar, a aguardente e o tabaco. O terceiro ciclo se inicia no século XVII com as bebidas quentes e excitantes como o chá e o café. Em seguida, no século XVIII, houve aumento exponencial do consumo de café, de chá e de chocolate na Europa.

Cabe aqui demarcar que o fenômeno do uso de drogas sofrerá importante transformação na contemporaneidade. No século XIX, o avanço científico e tecnológico no campo da química permitiu que substâncias psicoativas encontradas em plantas *in natura* fossem extraídas em laboratório. Concomitantemente, novas substâncias sintéticas começaram a ser produzidas e, em razão disso, a mercantilização das drogas se expandiu, tomando novos contornos. Algumas substâncias serão rotuladas como lícitas, enquanto outras de ilícitas, conforme os interesses econômicos vigentes (H. Carneiro, 2003).

Esses recortes da história de algumas culturas nos ensinam que a relação do ser humano com as substâncias não possui uma natureza genérica, uma vez que seu uso é variado em diferentes épocas e lugares, conformando como necessidades individuais de acordo com os significados e ocasiões prevalentes em um dado contexto sócio-histórico. Nesse sentido, compreendemos aqui que o efeito da droga não depende apenas dos seus princípios psicoativos, posto que, seu uso abrange também a atividade simbólica e a motivação de quem a consome. Doravante, veremos que o uso de substâncias só poderá ser compreendido em uma perspectiva mais ampla se considerarmos para além dos seus efeitos, o lugar que a droga vai ocupando no modo de produção hegemônico e, conseqüentemente, reverberando sobre as relações humanas e sociais.

1.2 As drogas e as particularidades do seu consumo na sociedade capitalista

Atualmente o comércio das denominadas substâncias psicoativas é uma importante fonte de lucros, tanto para tráfico de drogas ilícitas quanto para a indústria farmacêutica.

Relativo ao tráfico de drogas ilícitas, os dados sustentam que movimenta anualmente bilhões de dólares, sendo o segundo ou terceiro produto mais rentável do mercado mundial, após o petróleo e o comércio de armas. Os lucros do narcotráfico são maiores do que todo o PIB dos países africanos juntos (Fernandez, 2007).

Segundo o *Relatório Mundial sobre Drogas*, publicado em 2022, a produção de cocaína bateu um novo recorde de 11% de crescimento em relação ao ano de 2019, alcançando o montante de 1.982 toneladas em 2020. Os dados das apreensões indicam a expansão do mercado do tráfico para além dos mercados tradicionais da América do Norte e Europa em direção à África e Ásia. O tráfico de metanfetaminas também se expandiu, posto que, as apreensões desta substância quintuplicaram entre os anos de 2010 e 2020. Entre 2021 e 2021, a produção mundial de ópio cresceu 7% para 7.930 toneladas (The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023). Análises do *Programa Global de Monitoramento de Drogas Sintéticas* do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime divulgaram o surgimento de mais de 1.150 substâncias psicoativas no mundo. Já no Brasil, até 2022 foram encontradas mais de 100 novas substâncias (Monteiro et al., 2023).

O estudo de Ferreira e Velloso (2009 como citado em Monteiro et al., 2023) revelou que em 2008 o faturamento do tráfico de drogas no Rio de Janeiro foi de cerca de R\$ 320 milhões. Logo, mesmo em países de capitalismo dependente como o Brasil, o lucro obtido com as drogas é considerado um dos maiores do mundo, sendo que em 2016, por exemplo, foram estimados gastos em relação às drogas que se aproximaram do montante de R\$ 14,59 bilhões.

Ao lado das drogas consideradas lícitas, a indústria farmacêutica tem se apresentado como uma das principais fontes de valorização do capital. No ano de 2023, no Brasil, a indústria farmacêutica movimentou aproximadamente R\$190 bilhões, de acordo com dados da consultoria Redirection International. Segundo a referida consultoria a perspectiva de crescimento é positiva, pois a projeção é de 30% até o final de 2027. As vendas *online* elevaram o Brasil ao quinto maior mercado mundial da indústria farmacêutica (Dino, 2024).

Os exorbitantes lucros dessa indústria têm chamado atenção e angariado críticas contra o movimento de medicalização da vida em função do fomento do fetichismo da mercadoria. J. Oliveira et al. (2024) evidenciam que a medicalização da vida é reforçada pela concepção biologizante que reduz a subjetividade e o sofrimento humano a sua faceta biológica. A medicina, ao considerar que as formas de sofrimento psíquico são resultados de disfunções químicas no cérebro, privilegia intervenções químicas com foco nas mudanças do funcionamento neurológico, deslocando os acontecimentos de ordem social, moral e política

para os domínios da ordem médica. Nessa toada, a medicina ao se posicionar como detentora dos saberes sobre o adoecimento não pode ser lida como uma ciência neutra, já que a produção de conhecimento científico no capitalismo está subordinada às determinações da exploração do capital sobre o fazer médico.

J. Oliveira et al. (2024) esclarecem ainda que o avanço da sociedade capitalista incluiu o doente como um consumidor, servindo aos propósitos de valorização do capital e de ocultamento das determinações sociais das formas de sofrimento psíquico que acabam tendo sua explicação resumida ao funcionamento cerebral. Tal mecanismo ainda apresenta outra função além da acumulação do capital: a de garantir a manutenção deste sistema, pois o fetiche da mercadoria medicamento afeta a dimensão simbólica e produz um efeito de silenciamento das causas reais do sofrimento psíquico. Assim, a demanda crescente do uso da mercadoria medicamento se entrelaça com a satisfação das necessidades terapêuticas e imaginárias do paciente, reduzindo o processo terapêutico muitas vezes ao consumo de psicofármacos.

O alarde em torno do consumo prejudicial de substâncias nem sempre parece incluir a mais comumente utilizada em nossa cultura: o álcool. O consumo de álcool no Brasil é alto segundo dados do documento *Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2023*, lançado pelo Centro de Informações sobre Saúde do Álcool (CISA). A publicação evidenciou que 45% dos brasileiros ingerem bebida alcoólica em festas, eventos sociais e até mesmo em casa. Sendo assim, o álcool é a principal substância de abuso no Brasil e a que mais se relaciona com agravos à saúde (Observatório Capixaba de Informações sobre Drogas, [OCID], 2023).

Em complemento, podemos citar ainda a lucratividade do comércio do álcool, uma substância lícita e amplamente consumida em nossa cultura. Como exemplo temos a Companhia de Bebidas das Américas (Ambev), maior distribuidora de bebidas do Brasil, que lucrou aproximadamente 3,566 bilhões no terceiro trimestre de 2024 (Infomoney, 2024).

Em que pese à população consumista, o público adolescente também aparece em pesquisas como um dos principais consumidores de álcool. A *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2019* revelou que seis em cada dez estudantes que participaram da pesquisa experimentaram bebida alcoólica. Por volta de 63,3% de estudantes de escolas públicas e particulares na faixa etária entre 13 e 17 anos afirmaram que já experimentaram bebidas alcoólicas e 47% relataram ter passado por episódios de embriaguez. O consumo recente de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi referido por 28,1% dos estudantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021).

Destarte, como vimos apontando, o consumo de drogas que inegavelmente acompanha homem desde a pré-história da humanidade ganhará magnitude com o avanço do sistema capitalista, posto que, em essência este modo de produção e reprodução da vida transforma tudo em mercadoria e, no que toca às denominadas substâncias psicoativas, não seria diferente. Se nos modos de produção anteriores ao capitalismo, tal consumo de drogas quase sempre estava ligado às questões da vida cotidiana, da cultura e ou das religiões, não se constituindo necessariamente um problema, no sistema capitalista se converteu em um grave problema social, arrolando consigo interesses políticos e econômicos escusos.

Como já mencionamos, em períodos que antecedem à Idade Moderna, na denominada era das grandes navegações (que perpassou os séculos XV e XVII), as substâncias psicoativas ascenderam como grandes fontes de lucro. Vimos também que com a Revolução Industrial, no século XVIII, ocorreu um singular aperfeiçoamento dos modos de produção, antes nunca visto na história da humanidade, inclusive com o desenvolvimento de disciplinas como a química e a farmacologia. Tais transformações impactarão o surgimento da manipulação artificial das substâncias psicoativas.

De acordo com H. Carneiro (2018), com a era das navegações, protagonizadas pelos países europeus, as substâncias psicoativas deixaram de ser um produto utilizado somente pelas populações nativas das Américas e da Ásia, convertendo-se em mercadoria de presença constante na cultura alimentar e farmacológica ocidental. O uso de substâncias passou a ser globalizado e aquelas com funções psicoativas passaram a ser produtos exóticos e de luxo. As especiarias, o açúcar, as bebidas alcoólicas, o chocolate, o chá, o café, o tabaco, o ópio, se converteram em mercadorias valiosas que angariavam novos consumidores em todos os cantos do mundo. Aqui encontramos a gênese de um novo sistema econômico e de uma nova cultura psicoativa.

Segundo esse autor, alguns dos acontecimentos históricos que mais evidenciam a importância econômica do comércio de drogas foram as “Guerras do Ópio” que ocorreram entre Inglaterra e China na primeira metade do século XIX (1839-1842/1856-1860). O pagamento em prata para a obtenção de mercadorias como o chá chinês esgotava os recursos da economia britânica e, então, o ópio passou a ser a mercadoria utilizada pela Inglaterra para a reversão dessa relação comercial desvantajosa. O tráfico do ópio ocasionou diversos conflitos entre os ocidentais e entre os chineses que compravam o ópio proibido das embarcações estrangeiras. A China manteve a proibição do uso, mas o poder bélico europeu derrotou sua resistência e com isso a China teve que se submeter aos termos do comércio europeu.

O filósofo alemão Karl Marx se manifestou sobre a Guerra do Ópio em uma série de artigos publicados no *New York Daily Tribune*, em 1853 (H. Carneiro, 2018). Marx produziu uma série de textos denunciando a dominação colonial da China e evidenciando os movimentos de disputas pelo monopólio do mercado de ópio. Além de denunciar a hipocrisia dos britânicos que impunham condições comerciais deletérias para a economia chinesa e para a saúde da população pelo aumento do consumo de ópio, Marx ainda expôs que a imposição da produção de ópio acarretava enorme prejuízo às forças produtivas da Índia (Costa & Mendes, 2022).

Na história da relação humana com as drogas, a proibição de maneira geral resulta na ampliação do uso, em uma dilatada valorização de preços em razão da escassez artificialmente criada pelo proibicionismo repressivo (H. Carneiro, 2018). A vista disso, observam Costa e Mendes (2022) que o proibicionismo chinês resultou em consequências nocivas nos âmbitos econômicos, político e social, convertendo-se em uma das principais causas do enfraquecimento do governo chinês. A resistência e o descumprimento da legislação proibicionista e as restrições que visavam impedir o crescimento da importação da mercadoria ópio desembocaram em medidas mais restritivas e punitivas contra a classe trabalhadora chinesa. Para mais, tal conflito se desenrolou em um contexto favorável para o avanço da corrupção e da desmoralização das autoridades do governo chinês.

Ainda que considerasse os efeitos danosos do consumo excessivo de ópio, Marx não se posicionou a favor das políticas proibicionistas chinesas, pois entendia que as consequências do proibicionismo eram mais nefastas do que as do consumo e que as políticas intolerantes não surtiam o impacto almejado na diminuição do contrabando e do consumo. Costa e Mendes (2022) lembram que em seu artigo *História do comércio do ópio*, Marx teceu elogios a You Nai-chi que pertencia aos quadros do estado chinês, relativamente ao seu posicionamento de legalizar o comércio do ópio e aproveitá-lo como fonte de receitas. Quanto ao consumo, Marx igualmente sublinhou que a legalização poderia ser vantajosa face aos possíveis danos do consumo. A legalização para Marx seria ainda uma arma contra o imperialismo e colonialismo inglês na medida em que proporcionaria maior controle sobre a produção e comercialização do ópio e a falência do tesouro anglo-indiano que dependia majoritariamente do seu comércio ilícito.

Costa e Mendes (2022) observam que, embora a principal crítica de Marx no contexto das guerras do ópio fosse contra o colonialismo britânico, em seus escritos infere-se a reflexão sobre a relação dos sujeitos com as drogas. Ao realizar uma comparação entre o uso de substâncias psicoativas nas culturas chinesa e alemã - respectivamente ao uso do ópio e do

tabaco - o referido filósofo sinalizava que cada cultura realizava ao seu modo a manutenção relacional com tais substâncias. Assim, Marx evidenciou uma visão realista a respeito da relação entre o ser humano e as substâncias psicoativas, afastando-se de posições irrealistas e moralistas.

Em síntese, os autores afirmam que a análise de Marx acerca das guerras do ópio revela que a questão da guerra não estava restrita à droga em si e na relação humana com esta. A questão das drogas remeteria à transformação das substâncias em mercadoria, numa sociabilidade que as concebe de forma elementar. A transformação das drogas em mercadoria, portanto, alterou a relação que os sujeitos estabelecem com as mesmas e, igualmente, alterou as funções que sua produção, comercialização e consumo passaram a cumprir nos marcos do desenvolvimento desigual e combinado do modo capitalista de produção.

Escohotado (1994) informa que embora o princípio da globalização do comércio de drogas tenha se dado entre os séculos XV e XVII, foi no século XIX (período que demarca a fase industrial do capitalismo) que as drogas de produto natural passaram a ser manipuladas pela indústria química e farmacêutica. Como já mencionamos, esse aperfeiçoamento permitiu uma expansão antes nunca vista da produção e consumo de substâncias psicoativas.

O autor adverte que nesse processo de aperfeiçoamento, a indicação terapêutica assumirá paulatinamente as competências que antes eram de incumbência de membros da igreja. Nas últimas décadas do século XIX incidiram inúmeros confrontos entre médicos e farmacêuticos contra curandeiros e herbalistas, ou seja, contra aqueles que utilizavam de métodos populares e tradicionais para curar. O intuito maior, ao final, era o de monopolizar as substâncias psicoativas.

Escohotado (1994) continua acrescentando que, em meados do século XIX, nas boticas da América e Europa havia aproximadamente 70.000 fórmulas secretas de medicamentos. A descoberta dos princípios ativos das substâncias propiciou a criação de fármacos puros e as drogas deixaram de ser vegetais mágicos ligados a rituais, uma vez que com o domínio da química passaram ser compreendidas como compostos alcalinos ou alcaloides, formados por carbono, hidrogênio e nitrogênio e assim foi se perdendo a ênfase em seu significado místico.

Nessa toada, os avanços da indústria química, combinados com o interesse comercial, impulsionaram a produção de diversos tipos de substâncias. Até 1900, todas as drogas conhecidas estavam disponíveis em drogarias comerciais, podendo ser compradas até via correios. Esse fenômeno se deu em nível mundial, principalmente na América, Europa e Ásia. Cabe ainda lembrar que a propaganda destes produtos se dava de modo totalmente livre

como a de qualquer outro artigo comercial e a despeito de casos de dependência de ópio, morfina e heroína, esta temática aparecia apenas em periódicos e revistas. Em síntese, a partir desse breve resgate histórico, concluímos que o consumo de substâncias psicoativas não era assunto restrito ao campo jurídico, político ou da ética social, tal qual destacou Escohotado (1994).

H. Carneiro (2018) nos auxilia na compreensão de que o consumo crescente de drogas e seus efeitos culturais foram alguns dos motores do processo de acumulação na fase mercantilista, na era industrial do capitalismo, tornando-se a base da arrecadação fiscal do estado moderno. Não obstante, o proibicionismo, como uma atitude de interdição, rejeição e estigmatização social, processou-se em diversos países como reação à chegada de novas drogas exóticas no continente europeu do século XVI e a expansão do uso a partir do século XVII.

Resumidamente, a conversão de drogas em mercadorias desempenhou importante papel no desenvolvimento do sistema capitalista de produção, pois permitiu o aumento das taxas de lucro dos países hegemônicos mediante a exploração da flora de suas colônias. Em paralelo, o avanço da indústria fármaco-química permitiu a manipulação de novas substâncias que passaram a ser comercializadas e utilizadas expansivamente. Atualmente, ao constatarmos que o comércio de drogas continua sendo um dos mais rentáveis do mundo, concluímos que a proibição do consumo cumprirá um duplo papel social: aumentar a lucratividade e mascarar os conflitos decorrentes da questão social.

Na próxima subseção buscaremos angariar elementos que desvelem as condições materiais que garantiram a ascensão da lógica proibicionista. Compreender este processo é condição para avançarmos no debate acerca da interface adolescência-uso de drogas, bem como das possibilidades de um cuidado em saúde mental sustentado em outra lógica.

1.3 A ascensão da lógica proibicionista

Compartilhamos da compreensão de que o proibicionismo desconsidera a historicidade e a complexidade da relação humana com as substâncias psicoativas. Ao negar a historicidade e a complexidade desta relação, naturaliza, culpabiliza e patologiza o consumo, fundamenta sua criminalização e justifica o cerceamento indiscriminado da liberdade de determinados sujeitos e grupos.

O proibicionismo nasceu no século XIX, principalmente engendrado à reação puritana nos Estados Unidos da América - EUA somada à progressiva liquidação de um modelo de

estado que atuava minimamente na garantia de alguns direitos sociais. No primeiro caso, a reação se deu pela desconfiança em relação às massas de novos imigrantes e o surgimento de grandes centros urbanos, como assevera Escotado (1994). A partir de então, as drogas passaram a ser relacionadas a grupos definidos de acordo com a classe social, confissão religiosa ou raça/etnia. As primeiras vozes a condenar o uso do ópio correspondem às acusações de corrupção infantil atribuída aos chineses, perpassando a condenação social contra o uso de cocaína que foi atrelada aos ultrajes sexuais praticados pela comunidade negra. Para além, o uso de cannabis começou a ser mal visto pela entrada súbita de mexicanos nos EUA e o uso de álcool passou a ser desaprovado como sendo uma imoralidade própria dos judeus e irlandeses. No segundo caso, a gradativa liquidação do estado do estado mínimo e a crescente burocratização como resposta às explosivas e degradantes contradições entre capital-trabalho.

H. Carneiro (2018) lembra que no início do século XIX havia nos EUA movimentos que primavam pela temperança, isto é, defendiam a abstinência ou moderação do uso de álcool. Estes movimentos tinham uma composição plural e contavam com religiosos católicos e evangélicos, bem como de movimentos que se erguiam pelos direitos das mulheres. Os religiosos condenavam a embriaguez e a apontavam como sendo um caminho para a heresia, luxúria e ateísmo. No fim daquele século o movimento pela temperança havia se tornado um movimento de teor proibicionista, defendendo a imposição da abstinência para toda a sociedade.

O autor segue afirmando que na primeira metade do século XX, as reivindicações dos movimentos a favor do proibicionismo ganharam força em solo norte-americano a ponto de conseguirem pressionar singularmente os legisladores. A proibição do álcool foi determinada pela 18ª emenda da Constituição americana, conhecida como “Lei Volstead ou Lei Seca” e vigorou entre 1920 e 1933. Tal lei proibia a fabricação, distribuição e venda de bebidas alcoólicas, mas não proibia o consumo e permitia a produção de álcool para uso industrial e religioso. Destarte, o proibicionismo do álcool cumpriu o papel de controle social em que setores da velha classe média rural, conectados aos valores branco-anglo-saxão-protestante, procuraram impedir o avanço de valores e hábitos ligados a outras camadas mais urbanas, proletárias, de classe altas, e de católicos, judeus ou laicos. O declínio do antigo poder colonial, o desgaste das fontes de autoridade tradicional, as novas camadas sociais emergentes e a construção de um novo país, culminaram em uma reação dos segmentos mais tradicionais da sociedade americana, acarretando em uma atitude mais incisiva em relação a alguns hábitos, em especial o de beber (H. Carneiro, 2018).

H. Carneiro (2018) observa que tanto a religião quanto os grandes industriais apoiaram veementemente o paradigma proibicionista nos EUA. Um exemplo foi a Igreja Metodista que tem como sua insígnia o severo rigor moral e sua atitude puritana ascética que defende, entre outras coisas, a abstenção dos prazeres. Tal doutrina foi uma ideologia específica da Revolução Industrial e seu método extremo de autocoerção fez com que, paulatinamente, se convertesse em uma ferramenta disciplinar direcionada ao operariado inglês que já era submetido a tantas outras privações. O uso de drogas - especialmente do álcool - era apontado como um dos prazeres a serem contidos em prol do aproveitamento máximo da força de trabalho e, aos poucos, outras fontes de diversão e prazer do proletariado tornaram-se alvo de forte oposição religiosa e legal.

Quanto à relação entre o uso de substâncias pelo operariado inglês, recorreremos às contribuições de Engels (1820-1895/2010) e voltamos ao início do século XIX quando o autor publicava em 1845 o texto *A condição da classe operária na Inglaterra*, no qual denunciava as condições de vida da classe operária da época e traçava um paralelo entre as condições de vida e o uso problemático de álcool. Engels evidenciou que antes da Revolução Industrial a população em sua maioria era composta por camponeses que produziam segundo suas necessidades e tinham tempo para se dedicarem, em conjunto com os vizinhos, de passatempos e distrações que contribuíam para a manutenção de sua saúde. Em suma, as condições de vida material dos camponeses eram melhores do que as do proletariado.

A formação social inglesa, no decurso entre os séculos XVI e XVIII, consolidou as condições necessárias para a eclosão da Revolução Industrial, pois antecipou em relação a outros países da Europa, a acumulação primitiva do capital, isto é, colocou os meios de produção, comércio e finanças nas mãos de poucos, permitindo o processo de incrementar a montagem de fábricas e a colocação da força de trabalho livre, ante a expropriação dos instrumentos e meios de produção, para ser submetida à exploração em troca do salário (Santos & Araújo, 2011).

A maioria das cidades inglesas era composta pela população proletária. Ao realizar o exame referente às condições de vida do proletariado, Engels (1820-1895/2010) procurou expor que tipo de existência era assegurada pelo salário pago ao operário em troca do seu trabalho. Para tanto, debruçou-se sobre a análise das condições de acesso do proletariado inglês relativas à habitação, ao vestuário, à alimentação, à higiene e à saúde, concluindo que as condições de vida da classe operária na Inglaterra produziam toda sorte de doenças e a alta taxa de mortalidade compunham a realidade material. A adulteração de gêneros alimentícios e substâncias psicoativas era comum e para Engels representava o desprezo dos varejistas e

fabricantes para com a saúde dos operários. Gêneros alimentícios e bebidas como chá, vinho, tabaco etc. eram frequentemente adulterados com substâncias de toda espécie.

Engels (1820-1895/2010) relacionou o uso problemático de álcool com as duras condições de vida da classe trabalhadora de origem irlandesa que era a menos valorizada, pois beber aguardente na taberna era um dos únicos prazeres que não haviam sido retirados da classe operária. Assim, o autor afirmou que naquelas condições o operário se tornaria alcoólatra quase que por necessidade, evidenciando em sua análise que a contradição capital-trabalho engendrou o aumento exponencial das desigualdades, produzindo a questão social.

Contribuindo com esse debate, Netto (2001) lembra que para assinalar os desdobramentos da contradição capital-trabalho, foi cunhado por críticos e filantropos, na terceira metade do século XIX, o termo questão social. A gênese do termo se relaciona com os impactos da primeira onda de industrialização na Europa Ocidental, no fim do século XVIII, que produziram o fenômeno do pauperismo. Mesmo que a desigualdade social não fosse algo novo, a pauperização massiva é própria do modo de produção capitalista-industrial, sendo radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizou. Embora a sociedade tivesse encontrado meios para incrementar a produtividade, pela primeira vez na história humana, a pobreza aumentava na razão direta em que aumentava a capacidade coletiva e social de produzir riquezas.

Netto e Braz (2006) rememoram que com a Revolução Industrial o capital passou a subordinar totalmente o trabalho pelo controle do processo de trabalho, dado que, o trabalhador passou a ser um apêndice das máquinas. A divisão social do trabalho entre sua concepção e sua execução liberou o capitalista da gestão e fez com que o trabalhador não fosse mais capaz de controlar o próprio processo de trabalho. Esta perda de controle potencializou a exploração da força de trabalho e a extração da mais-valia, lembrando que esta consiste no valor excedente do qual o capitalista se apropria, pois, o valor pago ao trabalhador é sempre inferior ao valor produzido por sua força de trabalho durante a jornada.

Apesar de ser o responsável pela produção de riquezas, o proletariado que representava a maior parte da população não tinha condições de acessar bens e serviços. Se na organização das sociedades anteriores esse fato se atribuía ao parco desenvolvimento das forças produtivas materiais e sociais, agora não se justificava mais, pois já estavam postas as condições necessárias para se produzir e se reproduzir de modo abundante. Logo, a maioria da população continuava a ser submetida ao estado de escassez, não sendo mais possível ignorar as manifestações imediatas e diversas da questão social, ou seja, a desigualdade, a fome, as doenças, o desemprego, a penúria e o desamparo (Netto, 2001).

Interessa-nos particularmente lembrar que os países da América Latina resultaram da expansão da civilização ocidental, ou melhor, um tipo moderno de colonialismo organizado e sistemático. A expansão acelerada do capitalismo em países da Europa e dos EUA concorreu para a incorporação dependente dos países da América Latina ao espaço econômico, cultural e político das nações capitalistas (Fernandes, 1975). Esta constatação nos confirma que a lógica proibicionista que ascenderá no Brasil será totalmente influenciada pelo movimento de países europeus e pelos EUA, indicando a necessidade de compreendermos melhor quais foram as condições históricas que viabilizaram o fortalecimento dessa lógica em nosso país.

Como já afirmamos, foram os EUA que impulsionaram o proibicionismo em nível global. H. Carneiro (2018) assevera que em 1912 surgiu o primeiro tratado internacional voltado à restrição da circulação internacional de drogas, estimulando o aparente enfrentamento ao uso problemático. A “Convenção Internacional do Ópio”, firmada em Genebra, na Alemanha, contou com a participação de diversos países signatários e objetivou o controle da produção, importação, comércio, distribuição e exportação de morfina, cocaína e derivados. Tal Convenção submeteu a circulação e comércio das substâncias controladas à regulação sanitária e o uso estritamente para fins científicos e medicinais, entrando em vigor em 1919, com o apoio das Nações Unidas, organismo encabeçado pelos EUA. Em 1925 foi aprovada uma nova Convenção que criou a “Junta Permanente de Controle do Ópio” para monitorar as importações e exportações de substâncias controladas e inseriu no seu rol a cannabis (Paiva, 2018).

Barros e Peres (2011) destacam que as reivindicações proibicionistas dos países centrais que como já discutimos objetivavam o controle social da classe trabalhadora, ecoaram até mesmo no Brasil que tratou igualmente de estabelecer legislação própria para este fim. O controle social da população que abandonava o colonialismo e o escravismo em direção a uma sociedade industrializada, foi dando contornos às novas leis. Assim, o contexto que conglomera a abolição da escravatura, a Proclamação da República, o fenômeno da imigração europeia com fins de embranquecimento da população, assentada no racismo estrutural, concorreram para a adoção da legislação proibicionista. Os autores pontuam que a cannabis, que era uma planta utilizada em ritos religiosos das populações escravizadas, foi criminalizada pela primeira vez no Brasil no ano de 1830, pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, e a partir de então, a população negra passou a sofrer repressões perpetradas pela Guarda Real de Polícia.

Saad (2019) coloca que o avanço da proibição da maconha no Brasil, no início de século XIX, tem como um de seus representantes o médico, professor e político João

Rodrigues da Costa Dória, que representou a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia da Bahia no 2º Congresso Científico Pan-Americano, realizado em Washington (EUA). O título da comunicação de Dória apresentada naquele evento foi *Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício* e este trabalho vem sendo considerado a primeira análise brasileira sobre a maconha, tornando-se referência para os estudos subsequentes acerca da referida droga. Lembra o autor que os cientistas brasileiros da época importavam “teorias científicas” de fundamentos eugenistas e higienistas hegemônicas em países da Europa e dos EUA, na tentativa de expressar o alinhamento com o que consideravam como progresso científico. Com o fim do sistema escravagista, as ambições da elite republicana brasileira se baseavam no ideário da ordem e do progresso e, para tanto, o Brasil deveria se espelhar nas nações tidas como civilizadas e no modo como acreditavam poder enfrentar os problemas que as assolavam.

O termo *eugenia* foi proposto em 1883 pelo matemático inglês Francis Galton (1822-1911), que se apropriou dos estudos de seu primo, o biólogo Charles Darwin, que afirmava que as características adquiridas por uma geração seriam transmitidas às novas gerações. Assim, Galton cunhou o termo *eugenia* para se referir ao estudo dos agentes que, colocados sob controle, poderiam melhorar ou empobrecer as qualidades raciais, tanto as físicas como as mentais, das futuras gerações (Bizzo, 1994; Boarini, 2012). Naquele contexto, a *eugenia* resumia a crença de que a melhoria das raças dependia da pureza racial. Os eugenistas não consideravam determinantes as condições materiais de existência, pois para eles os traços genéticos é que garantiriam a existência de uma raça humana superior. No Brasil diferentes medidas higiênicas e eugênicas foram formuladas pautadas aparentemente na preocupação com o quadro sanitário, quando na verdade resguardavam a preocupação central das elites dominantes com o controle social da conduta e da moral da classe trabalhadora que começava se formar (Gioppo, 1996).

Saad (2019) afirma que o uso de substâncias passou a delinear as preocupações das elites republicanas. Nas primeiras décadas do século XIX as práticas de curandeirismo e benzimento, realizados principalmente por negros e mestiços, utilizavam substâncias que foram taxadas e acusadas de exercício ilegal da medicina. Ainda naquele período, houve a profusão de estudos sobre a análise de características de criminosos, tendo como fundamento em um viés racista a partir da elaboração da teoria da degenerescência que relacionava a criminalidade à raça e também ao uso de substâncias. J. Souza (2012) assevera que, sob o manto das teorias raciais/racialistas como a da degenerescência e da eugenia, a medicina se articulava ao Estado para a realização de intervenções que miravam especialmente as classes

subalternas. O discurso condenatório transitava entre cientistas, autoridades e imprensa da época que denunciavam o uso de drogas como a maconha como sendo exclusivo das camadas empobrecidas, relacionando tal consumo à loucura e à criminalidade.

A medicina brasileira como descrito por J. Souza (2012), seguiu as tendências europeias que, desde o século XIX, consideravam a embriaguez pelo uso de álcool como uma patologia hereditária. A medicina de viés organicista considerava a substância como portadora de poderes totais sobre o consumidor que, em qualquer situação o levaria à degeneração, posto que entendia que os efeitos seriam semelhantes em todos os sujeitos. Ademais, a concepção médica hegemônica defendia que a loucura acarretada pelo uso de substâncias poderia reverberar nas futuras gerações, além de causar a morte dos usuários.

No que toca ao consumo de maconha, reafirma-se que sua criminalização se assentou na questão racial, pois a criminalização da planta, de origem africana, foi utilizada como nova forma de controle frente ao temor das elites pela mobilidade dos sujeitos egressos da escravidão e seus descendentes. Assim, as teorias deterministas do evolucionismo social e o racismo científico estiveram na base das medidas de criminalização do uso de substâncias. A afirmação da inferioridade dos negros e mestiços em um momento de reestruturação do projeto de nação garantia a continuidade das antigas hierarquias sociais e a exclusão daqueles que não deveriam compor o projeto da República (J. Souza, 2012).

Em que pese a afirmação de que, assim como nos EUA, o proibicionismo no Brasil se origina com fins de controle social; Carvalho (2016) lembra que a criminalização do uso, porte e comércio de substâncias entorpecentes no Brasil apareceu inicialmente no *Código de Leis das Ordenações Filipinas*, de 1830, nada mencionava sobre a proibição do consumo ou comércio de entorpecentes. Este tema ressurgirá nas leis republicanas, e partir de 1940 ascenderá uma política proibicionista que ganhará uma forma sistematizada.

O *Código Penal* de 1890 passou a regular crimes contra a saúde pública a partir do artigo 159, que proibia a exposição, a venda e a ministração de substâncias venenosas sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários, tendo o descumprimento a consequência do pagamento de multas. Em 1932, o artigo 159 de 1890 foi alterado e além da multa, acrescentou-se a pena de prisão. Nesta legislação, o termo “substâncias venenosas” foi substituído por “substâncias entorpecentes” e o Departamento Nacional de Saúde Pública passou a apostar no modelo de gestão repressiva (Carvalho 2016).

Carvalho (2016) coloca que a criminalização se acirrou no fim da década de 1940, com os *decretos 780 de 1936 e 2.953 de 1938*. O *decreto-lei 891 de 1938* expressava à adequação ao modelo internacional elaborado na “Convenção de Genebra de 1936”, tratando

da regulamentação da produção, do tráfico e do consumo, ou seja, da proibição de diversas substâncias consideradas entorpecentes. Neste decreto-lei a centralidade do cuidado das pessoas que consumiam drogas recaiu sobre medidas de internação, interdição civil, proibição e tratamento em domicílio. Progressivamente, o consumo de substâncias psicoativas, independentemente do contexto social dos sujeitos, foi transformado em doença e interpretado como causa da loucura, sendo apontado como o único caminho à internação sob a responsabilidade estatal (J. Souza, 2012).

Na década de 1950, o discurso proibicionista avançou especialmente na direção do consumo de ópio que, como vimos anteriormente, era feito por grupos restritos e considerados socialmente desviantes. O discurso moralista que considerava os consumidores de drogas perigosos, doentes e degenerados predominava e contribuiu para criar o estereótipo moral do consumidor de ópio. Este discurso colaborou para a potencialização da repressão, todavia foi na década seguinte, após o período ditatorial, que se deu o ingresso definitivo do Brasil no cenário internacional de combate às drogas, viabilizado pelo *decreto 54.216/64*, legislação que promulgou a Convenção Única de Entorpecentes. O preâmbulo do referido decreto invocava a “preocupação” com a saúde física moral da humanidade e o reconhecimento de que o uso poderia ocasionar um perigo social e econômico, justificando a proibição da produção, fabricação, transporte, exportação e importação, comércio, posse ou uso de entorpecentes. Tal legislação imputou como pena para o descumprimento da lei a privação de liberdade e fazia a defesa de ações de cooperação internacional orientada por objetivos comuns. Ainda sob o domínio do governo ditatorial, na década de 1970, emergiram outras leis como *a lei 5.726 de 1971 e a lei 6.368 de 1976* que tratavam de medidas de prevenção e repressão contra o uso de entorpecentes (Carvalho 2016).

Importante frisar que as políticas sobre drogas que surgiram entre as décadas de 1960 e 1970 tiveram sua gênese em uma época de evidente crise de reestruturação do capital. R. Antunes (2009), partindo de uma leitura materialista histórico dialética, assinala que naquela época o capitalismo já dava sinais de crise em razão da queda da taxa do lucro, efeito de múltiplos fatores como o aumento do preço da força de trabalho decorrente da intensificação de lutas sociais ocorridas nos anos 1960; a incapacidade de resposta do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, frente à retração de consumo fomentada pelo desemprego estrutural; a hipertrofia da esfera financeira que de produtiva passaria a ser campo prioritário para a especulação financeira; a concentração de capitais decorrente de fusões entre empresas monopolistas e oligopolistas; a crise do estado do bem-estar social que teve como consequência a necessidade de corte de gastos públicos e sua transferência para o capital

privado; e, por fim, o aumento das privatizações com tendência às desregulações e flexibilizações do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho.

Concomitante à mencionada crise de reestruturação do capital e disputa pela dominância política e econômica entre capitalistas e socialistas, Vasconcelos (2022) lembra que o presidente americano Richard Nixon proferiu um discurso em 1971, no qual elegeu as drogas como o inimigo número um, dando início à uma verdadeira “guerra às drogas”. Os EUA recorreram à ONU - instituição das Nações Unidas - para divulgar tal narrativa com o propósito de manter e conquistar aliados, fazendo surgir, assim, o modelo de policiamento e criminalização que seria exportado para diversos países, inclusive para os latino-americanos. O autor coloca que, buscando inibir o avanço do socialismo, a estratégia americana voltou-se à consolidação de um modelo imperialista de política internacional de combate às drogas, que se somou ao apoio e participação em golpes contra a democracia instaurados por regimes ditatoriais em países da América Latina. Destarte, os EUA fixaram vasto campo para a reprodução do capital e hegemonia política nos países latino-americanos.

J. Santos (2009) acrescenta a esse debate observando que as décadas de 1960 e 1970 testemunharam uma mobilização social e cultural em todo o mundo. No Brasil ascendia o espírito de contestação dos padrões sociais, das influências estrangeiras na cultura, de uma juventude que clamava por liberdade movida pelos ideais contraculturais, políticos e revolucionários. Os inúmeros movimentos sociais que reivindicavam uma ideologia nacionalista estavam ligados essencialmente aos partidos de esquerda. Em acréscimo, conforme nos lembra Britto (2021), durante a vigência do regime militar o uso problemático de substâncias psicoativas foi associado aos setores de esquerda, com o intuito de alimentar os discursos anticomunistas. Nesse período, o mundo presenciava a guerra fria entre os EUA e a União Soviética, e sendo os EUA a maior potência capitalista, temia a disseminação de ideais comunistas nos países da latino-americanos.

Neste compasso, a guerra às drogas empreendida pelos EUA ganhava contornos transnacionais, sendo empregada como justificativa para a repressão contra os setores de esquerda que lutavam contra a ditadura instaurada no Brasil. O discurso anticomunista associado ao uso de drogas e a corrupção da juventude foi amplamente utilizado para perseguir militantes que se opunham ao regime, composto em grande parte por estudantes universitários. A propaganda utilizada pelos militares apontava o uso de drogas como sendo o principal responsável pela destruição da família, pela devassidão moral e sexual. Deste modo, as drogas se consolidavam como ferramenta de repressão nas mãos dos militares que definiam as pessoas que eram contra o regime como subversivas, perigosas e violentas (Britto, 2021).

No Brasil, na década de 1970, foi implementado um modelo repressivo de guerra contra as drogas. Legalmente passou-se a contar com a lei 6.368 de 1976 que buscava endurecer as medidas de caráter punitivo. Esta lei será substituída apenas em 2006 pela lei 11.343, que despenalizou a posse de droga ilícita para uso pessoal. Contudo, a lei 11.343/06 não rompeu com a lógica proibicionista, pois estabeleceu em seu texto “normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas”. (Carvalho, 2016).

Em seu *artigo 28 a lei 11.343/06* determinou as penas a serem aplicadas para “Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal” e a forma como o juiz deveria diferenciar o usuário do traficante, asseverando que “o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006).

Embora a mencionada lei tenha conferido um tratamento mais brando diante do porte para o uso e a tentativa de diferenciação teórica entre usuários e traficantes, na prática esta diferenciação não se cumpriu. A condenação jurídica seguiu recaindo sobre as pessoas cujos perfis são socialmente indesejados, como jovens, negros, pobres, sem estudos e, na maioria, residentes em regiões periféricas. Na prática, a lei 13.343 acabou por criminalizar pequenos traficantes e deixou livre os grandes chefes do tráfico (Nespolo & Ferraresi, 2020).

Para ilustrar a fala dos autores supracitados, encontramos nas páginas dos jornais um número considerável de casos envolvendo pessoas de classe média alta, nos quais a criminalização não se desdobrou no encarceramento. Em 2017, Breno Fernando Solo Borges foi preso com 130 quilos de maconha e sua mãe, Tânia Garcia de Freitas Borges, desembargadora do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, tentou utilizar o cargo para soltá-lo. Como “punição” pelo ato, Tânia foi aposentada compulsoriamente e no ano de 2023 recebeu daquele Tribunal o montante bruto de R\$ 925.000,00. Já a “punição” dada a Breno foi uma internação em uma clínica psiquiátrica (Coraccini, 2024).

Outro caso emblemático que circulou nas mídias brasileiras foi o da apreensão de 290 kg de maconha realizada pela Polícia Federal dentro de uma aeronave que estava no nome da Igreja Quadrangular e era utilizada pelo pastor e ex-deputado federal Josué Bengston, tio da senadora e ex-ministra Damares Alves integrante do governo Jair Bolsonaro, (CNN Brasil, 2023).

Ao explorar a temática lei de drogas e encarceramento no Brasil, Campos (2018) reitera que já citada a lei 11.343/06 aumentou o tempo mínimo de prisão referente ao crime de tráfico de drogas e acarretou na criminalização massiva de pessoas por tráfico de drogas. Em

2023, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (Senad) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) lançaram, em um evento do Ministério da Justiça, a pesquisa *Perfil do processado e produção de provas nas ações criminais por tráfico de drogas*. De acordo com os dados obtidos a partir de uma amostra de mais de 5 mil processos com decisões terminativas no primeiro semestre de 2019, as pessoas que sofreram processos pelo porte eram jovens, não brancos, de até 30 anos, com no máximo o nível fundamental de escolaridade. Para mais, a pesquisa revelou um crescimento de 600% no encarceramento de mulheres entre 2000 e 2020 (Ministério da Justiça e Segurança Pública [MJSP], 2024).

A atual discussão da “Lei de drogas” no Brasil envolve o Supremo Tribunal Federal (STF) desde 2015 e seu julgamento foi postergado por diversas vezes. Quando o julgamento começou a análise voltava-se à descriminalização do porte de qualquer tipo de droga para consumo pessoal, contudo, a corte optou por discutir apenas a descriminalização da maconha (Richter, 2024). O cerne das discussões se refere à descriminalização para consumo pessoal e o estabelecimento de critérios para a diferenciação entre usuário e traficante.

O avanço nas discussões do STF provocou uma reação dos setores conservadores do poder legislativo que mediante a *Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 45/23*, encabeçada pelo senador Rodrigo Pacheco, do Partido Social Democrático (PSD), tentou incluir um inciso da Constituição Federal para tornar crime a posse e porte de qualquer droga ilícita. A PEC foi aprovada no Senado e está em análise na Câmara dos Deputados. Se a PEC for aprovada, a criminalização do usuário passará a fazer parte da Constituição (Miranda, 2024).

Cabe anotar que, em março de 2024 - momento em que caminhávamos para a finalização desta dissertação - o STF retomou o julgamento, mas um novo pedido de vista o suspendeu. No mês de junho de 2024 a suprema corte decidiu por descriminalizar o porte para definição de consumo pessoal até 40 gramas de cannabis ou seis plantas fêmeas. Nada obstante, ainda ficará a critério da polícia conduzir a pessoa até a delegacia mesmo diante quantidades inferiores, principalmente quando houver indícios de tráfico como variedade de substâncias, embalagens, balanças e registros de operações comerciais (Supremo Tribunal Federal [STF], 2024a; 2024b).

Desde as grandes navegações até os dias atuais, o capitalismo tem se aproveitado das múltiplas expressões da questão social para lucrar com a mercadoria droga. Até mesmo a proibição de algumas substâncias resulta em lucro para os grandes capitalistas atacadistas do tráfico, enquanto os trabalhadores do varejo do tráfico sofrem as consequências da repressão (Vianna & Neves, 2011). Nessa direção, como síntese contraditória, o tráfico de drogas se

tornou um segmento tão importante para a economia de alguns países que em momentos de crise do capital chegou a ser contabilizado no cálculo do Produto Bruto Interno de países da União Europeia (Odilla & Alegreti, 2019).

Na esteira dessa reflexão, devemos lembrar ainda que a indústria farmacêutica também é um dos segmentos que mais capitalizam com a venda de drogas lícitas para o tratamento de saúde, acumulando um faturamento aumentado em 62% nos últimos cinco anos, com o lucro que gira em torno de R\$ 146,7 bilhões (Agência Paulista de Promoção de Investimentos e Competitividade [INVESTSP], 2023). Logo, tanto a degradação da vida expressa no adoecimento e sofrimentos originados nas condições de vida dentro do sistema capitalista, quanto às desigualdades sociais que impelem a participação de pessoas pobres na cadeia do tráfico e ao consumo problemático de substâncias, mantêm-se como ricas as fontes de lucro para o capital.

Em suma, a expansão do consumo de drogas e a variação do uso segmentado por classes sociais, se mantêm como justificativa perfeita para marginalizar grupos sociais e camuflar as contradições que se expressam por meio da questão social. Quando se trata de crianças e adolescentes verificaremos que muitos não serão/estarão resguardados destas contradições e o consumo de substâncias estará presente em suas vidas. E, quando nos debruçamos sobre as práticas sociais idealizadas para os que em tenra idade fazem uso considerado problemático de substâncias psicoativas, observaremos que pouco se distinguirão das comumente direcionadas aos adultos. Tais práticas seguirão pautadas na discriminação e na violação de direitos, assentadas na concepção moralista, acirrarão a criminalização seletiva e a patologização/psiquiatrização de determinados sujeitos, alimentando práticas punitivas e disciplinadoras. Como resposta, seguirão defendendo a abstinência e reeditando processos de institucionalização que desvelam o modo como historicamente nossa sociedade tem se relacionado tanto com as drogas, quanto com nossos adolescentes.

Para mais, a historicidade da relação humana com as drogas nos leva a perguntar: na adolescência haveria alguma particularidade que demarcaria a forma como se relaciona com as denominadas substâncias psicoativas? As considerações traçadas até aqui e a busca por respostas abrem caminho para pensarmos criticamente a relação do adolescente com o uso dessas substâncias e, na sequência, refletirmos sobre as possibilidades que perpassam o cuidado em saúde mental voltado especialmente àqueles que fazem um uso considerado problemático.

SEÇÃO II – USO DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

Nesta seção traremos uma reflexão sobre modos de se lidar com as questões atinentes ao consumo do álcool e outras drogas. São considerados modelos de enfrentamento aqueles que se fundamentam na lógica proibicionista. Em contraponto, consideramos modelos de atenção, aqueles que se comprometem com a promoção da saúde pública, buscam a inserção social das pessoas e o cuidado em saúde mental em liberdade, como a Redução de Danos (RD) e a Atenção Psicossocial. A história da RD, seus princípios e sua dimensão ética são discutidas em conjunto com a construção da lógica da atenção psicossocial.

2.1 Consumo problemático de drogas: modelos de enfrentamento ou de atenção?

Existem diferentes modos de se lidar e tentar “dirimir” o consumo do álcool e outras drogas e seus desdobramentos. Os diferentes modos, que têm sua base em modelos explicativos, acabam por direcionar as políticas públicas voltadas às pessoas que consomem drogas, bem como a prática dos profissionais que atuam no campo álcool e outras drogas. Embora nem sempre as concepções abarcadas pelos modelos explicativos sejam explícitas, elas têm o poder de nortear o fazer instrumental com base em uma determinada compreensão do que sejam os processos de saúde-doença, normalidade-anormalidade (Schneider & Lima, 2011). A síntese desses saberes e práticas constitui os sistemas lógicos sob os quais os serviços de saúde irão realizar suas intervenções junto aos fenômenos que perpassam os processos saúde-doença (A. J. Oliveira, 2017).

Pillon e Luiz (2004) destacam cinco modelos explicativos que influenciam a atenção à saúde das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas: o ético-legal; o moral; o médico ou da doença; psicológico ou psicossocial; e o sociológico ou sociocultural. O modelo ético-legal concebe as drogas, principalmente as ilícitas, como ato transgressor e antiético, tendo enfoque nas sanções legais. O modelo moral classifica o consumo de drogas como uma falha de caráter, ou problema moral, que acarreta na culpabilização das pessoas que consomem drogas. O modelo médico ou da doença, no qual o consumo é visto como doença cerebral ou mental direciona o tratamento para a recuperação do usuário com foco na promoção da abstinência. O modelo psicológico ou psicossocial é mais amplo e aborda a aprendizagem social, interação familiar e os traços de personalidade do indivíduo. Por fim, o sociológico ou sociocultural compreende a problemática das drogas como resultado de um montante de forças sociais.

Palm (2006 como citado em Costa, 2020) também reconhece a influência dos modelos explicativos morais e médico e de doença, e incorpora outros três: o modelo racional; o de saúde pública; e o social. O primeiro determina que a dependência é resultado de atos irracionais; o segundo focaliza a redução do consumo e consequências associadas, a fim de compreender o indivíduo e o contexto social; já o terceiro interpreta que a dependência é um problema social, produto das injustiças da sociedade.

Os mesmos modelos explicativos aparecem nas pesquisas de A. J. Oliveira (2017), mas de forma mais detalhada. O modelo jurídico-moral está apoiado na perspectiva dicotômica e coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo e droga, legalidade e ilegalidade, finalidade médica e não médica). Este modelo apresenta forte relação com princípios repressivos e se apresenta principalmente em medidas educativas e preventivas. O modelo biomédico é presente principalmente em instituições como ambulatórios médicos, em clínicas e hospitais psiquiátricos e nas unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste modelo o foco é extremamente biológico no que se refere ao consumo de substâncias e a dependência é entendida como doença crônica de fundo hereditário, relacionada às disfunções neuroquímicas. O modelo psicossocial considera análise a dependência mediante o tripé droga-indivíduo-meio, considerando que o contexto tem papel primordial no fenômeno uso de drogas, pois acredita que a droga adquire significado de acordo como cada sociedade define seu uso. Este modelo está presente em diversos tipos de serviço. O modelo sociocultural tem como alicerce os princípios da RP brasileira, sendo adotado pelo SUS, principalmente nos CAPS. Nesta abordagem, o foco é a intervenção nos determinantes sociais de saúde que levam ao uso problemático, com fins de modificar o padrão de uso, visando os danos gerados pelo consumo excessivo por intervenção da RD.

Essa divisão de “modelos” acaba sendo muito mais didática, que prática. É comum a adoção de diversos modelos de atenção em um mesmo serviço ou dispositivo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas como ratificam Schneider e Lima (2011) que trazem outras definições sobre os modelos explicativos. Para as autoras, o modelo jurídico-moral, o primeiro modelo a se impor no campo álcool e outras drogas, concebe a droga como o grande mal a ser combatido, como a causa da corrupção do indivíduo e assim o usuário é visto como moralmente fraco e viciado. Este modelo surge aliado às práticas repressivas e proibicionistas cujas intervenções se baseiam na penalização do usuário e na repressão ao tráfico. É uma proposta alinhada à ação terapêutica de cunho religioso que tem como principal meta a abstinência. Este modelo prevalece em grupos como os alcoólicos anônimos (AA) e os narcóticos anônimos (NA), assim como nas denominadas Comunidades Terapêuticas.

Schneider e Lima (2011) relatam que o modelo biomédico procurou romper com o modelo moral. Essa nova racionalidade científica, ancorada no positivismo, passou a definir a dependência como uma doença crônica de fundo orgânico, com determinações hereditárias e/ou disfunções neuroquímicas que aparecem também nas explicações sobre as doenças mentais. Desse modo, as drogas se tornam entidades patologizantes responsáveis pela dependência dos indivíduos. Tal modelo apresenta limites por concepções reducionistas e dicotômicas e positivistas do processo saúde/doença, pois não considera os contextos onde as doenças aparecem. Assim, os sujeitos são vistos como vítimas e não como protagonistas do processo de adoecimento e o tratamento se resume, muitas vezes, na internação para desintoxicação, no uso de medicamentos e na abstinência como única meta. Como relatamos há pouco, o modelo biomédico prevalece nos ambulatórios médicos, em clínicas e hospitais psiquiátricos. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, ele ainda se mantém hegemônico, mesmo que desvele imensa contradição com os princípios doutrinários do SUS.

A gênese do modelo psicossocial se deu em razão da necessidade de ampliação da concepção de dependência para além do enfoque biológico. Nele, o enfoque é psicodinâmico e a dependência aparece como manifestação externa de perturbações psicológicas. A análise se fundamenta no tripé: droga – indivíduo – meio, e assim a dependência é vista por intermédio da triangulação entre o meio social, as características intrínsecas das drogas e a dinâmica psicológica do indivíduo. O indivíduo tem papel ativo na sua dependência e a influência do meio é considerada o foco da intervenção que é a interação droga-indivíduo. O uso de drogas é compreendido como algo funcional na vida do indivíduo e o consumo permanecerá enquanto houver função. As intervenções geralmente são de abordagem psicodinâmica ou comportamental, ou técnicas de dinâmica de grupo com o intuito de modificar a relação usuário com a substância, modificando o padrão de uso, visando à abstinência. A modificação comportamental tem como centro o usuário em suas inter-relações. Esse modelo é utilizado em conjunto com outros e está presente em todos os serviços. No entanto, ele é considerado o modelo típico de comunidades terapêuticas e preeminentes nos consultórios psicológicos (Schneider & Lima, 2011).

O último modelo citado por Schneider e Lima (2011) trata do sociocultural que apreende a dependência como fruto das contradições sociais, econômicas e ambientais. O cerne é a intervenção dirigida ao contexto social do usuário, ou melhor, busca em modificar o padrão de uso mediante a intervenção nos determinantes sociais que levam ao consumo problemático, visando o controle dos danos, mas não necessariamente com a exigência de

abstinência total. Tem uma ênfase na ação preventiva e de promoção à saúde. Tal enfoque tem como principal proposta a RD.

Em um estudo sobre os modelos de análise e atenção à dependência de substâncias em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em uma cidade de porte médio da região Sul do Brasil, Schneider e Lima (2011) identificaram por meio do discurso dos profissionais a existência de análises sustentadas em modelos dicotômicos, deterministas, a-históricos e fragmentados que vão de encontro aos princípios do SUS. As explicações dos profissionais relativas ao uso de substâncias tenderam a enfatizar apenas um dos aspectos envolvidos na dependência, seja a dimensão psicológica do usuário, ou o seu contexto socioeconômico, ou a influência do meio familiar, ou os efeitos bioquímicos das drogas, ou até mesmo os fatores genéticos. As pesquisadoras enfatizam que tais concepções isoladas não dão conta de explicar a dependência. Um dado importante da pesquisa foi o fato de a explicação sobre a dependência aparecer totalmente atrelada à subcategoria “aspectos psicológicos”. A maioria dos profissionais destacou como causas da dependência a curiosidade, a busca por diversão, a fuga de problemas pessoais e a ocorrência de frustrações e decepções. Observa-se que são explicações generalistas pautadas em senso comum que não dão conta de um fenômeno complexo e multideterminado como a dependência.

Os resultados da pesquisa de Lima et al. (2019), realizada na capital do Ceará, evidenciaram que as concepções de saúde dos trabalhadores do Núcleos de Atenção em Saúde da Família (NASF) se dividem entre concepções morais e tradicionais, orientadoras e mantenedoras de modelos moral e médico. Grande parte dos profissionais afirmou apoiar ações policiais de repressão contra o usuário e apareceram também relatos de encaminhamentos dos usuários para comunidades terapêuticas. Além disso, uma considerável parcela dos profissionais alegou que não conhecia a proposta da RD, mesmo sendo inserida em cursos de formação em saúde no Brasil, e os que alegaram conhecer não souberam responder com segurança acerca do seu conhecimento. A conclusão foi a de que as concepções dos profissionais dificultam a adoção de uma atuação em RD na atenção básica.

Ao entrevistar profissionais de saúde mental que atuam junto a pessoas que usam drogas, A. J. Oliveira (2017) identificou a influência de três modelos: o biomédico (clínica); o modelo sociocultural (centros de atenção psicossocial); o modelo psicossocial (comunidades terapêuticas). Os resultados da análise de discurso evidenciaram que os discursos predominantes foram: o modelo jurídico-moral na clínica; o biomédico nos CAPS-ad; e o modelo jurídico-moral e religioso nas Comunidades Terapêuticas (CTs). A conclusão foi a de que a abordagens dos profissionais se apresentaram em alguns momentos como contraditórias

às metodologias e ideologias das instituições analisadas. O autor assevera que as instituições de tratamento atuam com “miscelâneas de intervenções alicerçadas em diferentes pressupostos etiológicos e epistemológicos” e reitera a necessidade de transformação das práticas de atenção e a implantação de serviços comunitários (A. J. Oliveira, 2017, p. 100). Logo, ainda que A. J. Oliveira (2017) afirme que o modelo psicossocial seja seguido pela comunidade terapêutica, discordamos veemente. Uma simples comparação entre o modelo asilar e o psicossocial, elaborada por Costa-Rosa (2000), demonstra que na realidade o modelo seguido pelas comunidades terapêuticas se trata do modelo asilar.

Ao analisar comparativamente os paradigmas asilar e psicossocial, Costa-Rosa (2000) os diferenciou de acordo com quatro parâmetros fundamentais: 1) a definição de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); 2) as formas da organização dos dispositivos institucionais; 3) as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; 4) as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

O primeiro parâmetro trata das concepções de objeto e dos meios de trabalho, ou seja, das concepções de saúde-doença-cura e dos meios e instrumentos para o seu manejo. Englobado o exame do aparelho jurídico-institucional, multiprofissional e teórico-técnico, e ainda o discurso ideológico (Costa-Rosa, 2000). Nesse primeiro quesito, o modo asilar privilegia as determinações orgânicas dos problemas e assim o meio de intervenção é basicamente medicamentoso. Há pouca mobilização do sujeito como participante do tratamento, em razão da pouca consideração da existência do sujeito como subjetividade que deseja. Assim, o organismo é o destinatário principal das ações, e o sujeito é visto como doente tendo as intervenções um caráter individual. Como o sujeito é considerado o centro do problema, investe-se no isolamento em relação ao meio social e familiar com condição para o tratamento. O funcionamento da equipe multiprofissional segue a lógica da divisão do trabalho da linha de montagem da produção de mercadorias, o que acarreta em fragmentação do “cuidado”. Tudo aquilo que vai além do estritamente psiquiátrico é tido como auxiliar secundário, tanto em termos teóricos quanto técnicos. As premissas sobre o alcoolismo, por exemplo, não se desdobram além da consideração de que é uma doença cuja cura se realiza somente perante os fundamentos do modelo biomédico. A instituição que sustenta tal modelo é o hospital psiquiátrico fechado, que reproduz o paradigma asilar (Costa-Rosa, 2000).

Por outro prisma, o paradigma psicossocial considera os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes do sofrimento psíquico. A problemática particular com a que se está trabalhando é que dita a tônica da ênfase que se dará a cada um

dos determinantes. Os seus meios de intervenção contam com um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação, com destaque para as cooperativas de trabalho. Há investimento na mobilização do sujeito como principal participante do tratamento, e enfatiza-se seu pertencimento a um grupo familiar e social. Desse modo, exige-se um trabalho com o sujeito, com a família e com o grupo social, que os compreenda como agentes de mudança, pois o sujeito não é considerado o único polo problemático. O sofrimento psíquico não tem que ser removido a qualquer custo, ele é reintegrado como constituinte da existência humana. O processo saúde-doença é compreendido como certo modo de posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e às contradições que o atravessam, então o que se busca é o reposicionamento do sujeito que sofre, para que passe a se reconhecer como um dos agentes implicados nesse sofrimento e também como um agente de mudanças que consiga discriminar fatores cuja mudança não depende apenas de sua ação individual. As diferentes possibilidades de ação se estendem desde a continência durante a crise até o reconhecimento da implicação familiar nos problemas, impulsionando o compromisso de todos na atenção e no apoio. A equipe de trabalho atua de maneira interprofissional na oferta de uma série de dispositivos como o teatro, as artes e o artesanato, de modo que o modelo de linha de montagem fundado na estratificação do saber seja superado. O modo psicossocial preconiza a ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de seus meios, indo para além dos recursos medicamentosos em busca de uma ação integral que vise o sujeito como existência-sofrimento. Destarte, a atenção psicossocial abarca o psíquico e o sociocultural em oposição a vertentes biologizantes procurando desospitalizar, desmedicalizar, a implicação subjetiva e sociocultural se opondo à hospitalização, à medicalização, à objetificação do sujeito, às características do paradigma asilar (Costa-Rosa, 2000).

As formas da organização dos dispositivos institucionais são exploradas como segundo parâmetro, que versa sobre o como se desenrolam as relações no seio das instituições, a sua dimensão organizativa que encerra as diferentes possibilidades de metabolização do poder. Inclui-se aqui a caracterização dos fluxos decisórios e de execução, o modo da divisão do trabalho interprofissional, como elementos determinantes das formas dos vínculos entre instituições e usuários. No modo asilar, a organização institucional é verticalizada e hierarquizada, além da prevalência de espaços inacessíveis ao usuário e à população. A indiferenciação entre o poder decisório político e o poder de coordenação na esfera teórico-técnica se manifesta no fato de que o poder de comando é justificado pela competência técnica, setorial ou pessoal, ou seja, por argumentos encobertos por disputas

corporativistas. As relações verticais entre os trabalhadores se reatualizam na relação com os usuários e com a população, e nas práticas terapêuticas, assim o usuário e a população são excluídos da participação dos processos decisórios. Sob o enfoque do modo psicossocial, a organização institucional e as relações ocorrem de modo oposto ao modelo asilar, com a horizontalização das relações de poder e na distribuição do poder entre trabalhadores e usuários, com a subversão do fluxo da base para o topo a partir do incentivo a propostas de participação popular e de cogestão. A diferenciação entre o poder decisório e o poder de coordenação é essencial no modo psicossocial, posto que o primeiro se desenvolve em reunião geral da instituição relativamente às atividades-fim ou às atividades-meio. O segundo é um poder atribuído em representação, cujas incumbências são coordenar as ações conjuntas e executar em suas dimensões particulares as decisões tomadas pelo coletivo. Desse modo, diferencia-se o saber do poder. Em suma, procura-se estimular a participação social, autogestão e interdisciplinaridade diferenciando-se do autoritarismo institucional presente no funcionamento do modo asilar (Costa-Rosa, 2000).

O terceiro parâmetro ocupa-se das modalidades do relacionamento com os usuários e a população, que constituem as diversas possibilidades de intercâmbio mutual. Neste ponto, pondera-se como a instituição se apresenta e se situa no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico, ou melhor, com que significantes ela se apresenta e até que ponto a instituição consegue impactar a demanda. A relação com a clientela no modo asilar se desenrola na distinção entre loucos e sãos ou até mesmo como suprimento e carência, sabedoria e ignorância, razão e insensatez etc. Tendo em conta a clientela potencial da área de referência, funciona como instituição depósito e tutelar, já que abrigará todos os sujeitos considerados problemáticos para que recebam tratamento com a meta de normalização e, em alguns casos, para que fiquem apartados do convívio em sociedade. A interdição dos espaços se reedita na relação com a população mediante a interdição do diálogo que provoca o silenciamento do usuário. As relações intersubjetivas verticais predominam e reproduzem o modo de produção capitalista. Em contrapartida, no modo psicossocial, as formas de relacionamento entre clientela e instituições mediante a ação de seus representantes desenvolvem-se espaços de interlocução que permitem práticas de intersubjetividade horizontal. O usuário é participante de um verdadeiro diálogo, sem inquéritos e nem monólogos, há o espaço para a fala e a escuta da população. A instituição não admite o papel de instituição depositária, e implica-se eticamente com a demanda singular de cada sujeito discriminando a dimensão social da demanda e referindo-a. Os equipamentos são organizados com foco na integralidade em relação ao território e às ações terapêuticas de diferentes linhas de ação existentes no

território. Suscintamente, o relacionamento com os usuários e a comunidade pressupõe a interlocução, livre trânsito, territorialização, integralidade etc. Depreende-se que o modo psicossocial atua na contramão do modo asilar que se apoia no silenciamento, na imobilidade e estratificação da atenção por níveis (Costa-Rosa, 2000).

Por último, o quarto parâmetro - as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos se refere às formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, que designam os fins políticos e socioculturais amplos para que concorrem os efeitos de suas práticas. Logo, consideram-se as concepções efetivadas de tratamento e cura e das finalidades socioculturais amplas para que concorrem ações da instituição e do tratamento. Processam-se no modo asilar consequências como a cronificação asilar ou o uso crônico de benzodiazepínicos. A supressão dos sintomas é erigida em uma ética ego-realidade e carência-suprimento, tendo como resultado a busca pela adaptação do sujeito. De outro lado, o modo psicossocial apesar de alcançar a remissão dos sintomas não coloca esse alcance como principal meta, pois o que se busca é o reposicionamento subjetivo considerando as intersecções entre a dimensão subjetiva e sociocultural. Tal reposicionamento se opõe à adaptação característica do modo asilar e à lógica individualista da sociedade capitalista (Costa-Rosa, 2000).

O modelo psicossocial se configurou com base na Reforma Psiquiátrica (RP) e busca a superação das práticas asilares em direção ao resgate da dignidade humana e dos direitos de cidadania. Embora A. J. Oliveira (2017) aponte que o modelo psicossocial seja seguido pelas comunidades terapêuticas, também é citado em seu trabalho que a comunidade se apoia em um modelo jurídico-moral e religioso. Observa-se que a incompatibilidade das ações realizadas em comunidades terapêuticas com o paradigma psicossocial é visível a partir do momento que o tratamento se fundamenta no isolamento social do sujeito. Usualmente o foco na dependência é considerado em seu âmbito químico e moral, com intervenções individualizadas que no máximo mobilizam a participação da família na manutenção de uma motivação voltada primordialmente para a abstinência por intermédio de um convencimento pautado pela religião e na crença biomédica de que o uso de qualquer substância está intrinsecamente ligado à dependência.

Além do mais, há pouca mobilização do sujeito como participante do tratamento, as relações são verticalizadas, as decisões partem de cima, não há estímulo para a participação popular e para a cogestão da instituição, já que não se considera a existência do sujeito como ser que deseja, mas do sujeito doente e dependente que necessita se readaptar a um meio sociocultural que não é questionado relativamente às suas determinações no processo saúde-

doença e, portanto não se consideram os fatores políticos e biopsicossociais. O trabalho interdisciplinar praticamente é inexistente, e a integralidade do cuidado não se processa ao se desconsiderar as necessidades do indivíduo de modo amplo. A reintegração social em contexto de isolamento é contraditória, e a atividade de trabalho relega-se a um viés de ocupação terapêutica por si só, isso quando não se trata de algum tipo de trabalho remunerado que se configura como algum tipo de exploração. Não são raros os casos de cronificação asilar e medicalização dos internos como medida de contenção e silenciamento.

Ao resgatar a análise, temos que Carvalho e Dimenstein (2017) analisaram concepções e práticas de RD em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad) e em uma comunidade terapêutica católica. Os profissionais do CAPS-ad consideraram a RD como uma diretriz fundamental, pelas inúmeras recaídas e abandonos durante o tratamento, para os profissionais qualquer diminuição do uso é vista como RD. Entretanto, os profissionais não trabalham diretamente com a proposta, e apenas a caracterizaram como uma alternativa menos complexa e mais barata, dado que consideraram como superiores os tratamentos tradicionais com ênfase na abstinência como sendo a meta do serviço. Os princípios citados pelos profissionais como ações de RD são na verdade diretrizes gerais da política brasileira de saúde mental, que são eles: autonomia dos usuários em relação aos objetivos do tratamento; atendimento humanizado e acolhimento mesmo sob efeito de substâncias; ações de reinserção social junto à família e o auxílio na busca de atividade profissional.

No que tange aos profissionais da Comunidade Terapêutica, Carvalho e Dimenstein (2017) assinalam que não houve reconhecimento da RD como uma diretriz possível de metodologia de trabalho. Prevaleram discursos negativos referentes à RD, inclusive com a afirmação de que em longo prazo poderia atuar na perpetuação da dependência, pela ausência de exigência de abstinência. Nesse contexto, a RD é vista como facilitadora do consumo e do estímulo à prática de atividades ilegais para a obtenção de drogas. Na visão dos profissionais, a internação nas comunidades propõe uma mudança que exige o cessar do consumo a fim de alterar a condição de dependente sem possibilidades de desenvolvimento social. Em resumo, a RD é concebida como um tratamento de baixa qualidade que inviabilizaria as possibilidades de crescimento das pessoas.

A fim de compreender concepções de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad) de uma cidade do interior do Ceará acerca da RD, Araújo e Pires (2018) realizaram entrevistas. A RD apareceu nos discursos como uma ética de cuidado e como um modo de tratar a dependência. Como ética de cuidado, os

profissionais apontaram o respeito ao usuário e a não imposição de abstinência, posto que a droga não é vista aqui como agente determinante para a construção do cuidado que exige a ampliação dos objetivos e suas práticas. Como modo de tratar a dependência, a RD comparece de modo a minimizar a relação de dependência entre o sujeito e substância, pois contribui para diminuir os riscos e agravos decorrentes do uso. Observa-se que a preocupação com os prejuízos decorrentes do consumo foram bastante destacados entre os entrevistados. Enfim, a inserção dos princípios da RD no serviço não se mostra de forma homogênea e não escapa dos resquícios da lógica proibicionista que polariza a cura e o cuidado dos usuários como se a única possibilidade fosse a abstinência.

A visão proibicionista presente nas comunidades terapêuticas pode atravessar o imaginário de profissionais de outras instituições como os CAPS-ad que resultaram do processo de RP conforme atesta a pesquisa de Vasconcelos, Paiva e Dalla Vecchia (2018) realizada em um município de pequeno porte de Minas Gerais. A análise se desdobrou em duas categorias: a instituição como espaço de normatização do cuidado e a individualização do cuidado como negação da autonomia do sujeito. No interior da primeira categoria destacou-se que discursos que fomentam a institucionalização e a normatização, pois privilegiam a internação e a adequação dos comportamentos com o intuito de promover a abstinência e de tornar os comportamentos em funcionais. Na segunda categoria se expressaram construções acerca da individualização da questão do cuidado, do lugar do sujeito nesse processo, e a negação da autonomia daquele que recebe o cuidado. Segundo os autores, a individualização advém da dificuldade em compreender o caráter histórico do campo do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Assim, a questão das drogas é relacionada unicamente a um problema de ordem individual, ignorando-se elementos político-econômicos e histórico-sociais. Em razão disso, ocorre a culpabilização do sujeito pelo fracasso, a crença de que o consumo de drogas pulveriza o senso crítico do usuário e possibilita intervenções que privilegiam o viés biomédico e moral. Apesar dos resultados, compreendemos que os CAPS's não se configuram como instituições asilares como as comunidades terapêuticas, devendo atuar segundo a lógica psicossocial com vistas a superar a lógica asilar/manicomial.

Na região Sudeste do país podemos encontrar o estudo de R. Souza (2018), que foi realizado em um município de São Paulo com profissionais do CAPS-ad de Santos. Os resultados indicaram que a RD é vista como um paradigma e prática de cuidado em saúde que promove a autonomia e o autocuidado dos usuários. Entretanto, os profissionais compõem um grupo heterogêneo com diferentes condutas, posturas e concepções ora pautadas na RD e ora

pautadas por uma postura proibicionista. As práticas se dividem entre posturas emancipatórias que apostam na autonomia dos usuários, com posturas proibicionistas que valorizam exclusivamente o paradigma da abstinência com encaminhamentos para comunidades terapêuticas, parcerias com grupo de mútua ajuda, e foco em consumo de medicamentos. A conclusão é a de que as diferentes perspectivas são atravessadas pelas disputas entre as políticas de drogas, as concepções científicas, e o modo como a sociedade aborda a questão das drogas.

Ao analisar as políticas públicas sobre drogas e relacioná-las com modelos de atenção à saúde, Alves (2009) identificou que as políticas proibicionistas reverberam no campo da atenção à saúde. Como o proibicionismo se atrela a dois principais modelos explicativos, o moral/criminal e de doença, as intervenções focam na eliminação do consumo de drogas. Destarte, as ações preventivas buscam a redução da demanda por drogas e o tratamento coloca a abstinência como única meta. Sendo assim, a assistência à saúde ainda é alicerçada na lógica proibicionista que exige apenas a abstinência e não faz distinção entre consumo ocasional e problemático. Nesse panorama, o tratamento de alta exigência acarreta na obstaculização de acesso dos usuários nos serviços de saúde.

Machado e Boarini (2013) sublinham que ainda que a RD tenha sido priorizada nas políticas públicas de saúde em meados do início dos anos 2000, as políticas de repressão às drogas, o movimento de setores conservadores da sociedade e os interesses das comunidades terapêuticas de cunho religioso sempre estiveram presentes na disputa pela atenção e tratamento de pessoas que consomem substâncias psicoativas.

As comunidades terapêuticas surgiram no contexto do movimento da RP. Amarante (1998) desvela que o movimento de RP se deu em razão de uma crise teórica e prática da psiquiatria. O primeiro período de redimensionamento dos campos teórico-assistenciais compreendeu o processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos níveis de cronificação, com base na crença de que seria possível resgatar o “poder curativo” das instituições manicomiais mediante a reforma interna da organização psiquiátrica. Essa crítica tem gênese nos movimentos de comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos.

A RP nos países europeus toma corpo no final da década 1960 em um contexto em que o estado de bem-estar social começava a ruir e a luta de classes se acirrava. Firori (1997) esclarece que o estado de bem-estar social surgiu após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando se instalava um clima de solidariedade nacional entre os países vencedores e vencidos, e também uma solidariedade supranacional em razão do novo quadro geopolítico. Além disso, se deu um avanço das democracias partidárias de massa nos países centrais e com

isso o aumento das reivindicações dos trabalhadores. Contudo, na década de 1970 o capitalismo entra em crise e ideias neoconservadoras ganham força. O estado de bem-estar social passa a ser caracterizado como extenso, pesado e oneroso e a partir daí se iniciam as reformas neoliberais com a remercantilização da força de trabalho, a contenção e desmontagem dos sindicatos, a desregulação dos mercados de trabalho e a privatização de serviços sociais.

No período pós-guerra há um paralelo traçado entre os campos de concentração e a instituição asilar. Os manicômios começam a ser contestados, e a condição de violência e o desrespeito dos direitos humanos dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos passa a entrar em contradição com a nova onda democrática na Europa. Os danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra na população de homens jovens precisavam ser reparados. A recuperação da mão de obra era imprescindível para a recuperação da economia. As instituições psiquiátricas se encontravam em um quadro de extrema precariedade e incapazes de promover qualquer recuperação dos sujeitos (Amarante, 1998).

É nesse contexto citado acima que são criadas as comunidades terapêuticas. Em 1946, Main se baseia nos trabalhos de Bion, Reichman na Inglaterra e criou o termo comunidade terapêutica. Todavia, é só em 1959 que Maxwell Jones consagra o termo e o delimita, com fundamento em experiências realizadas em um hospital psiquiátrico, tendo como inspiração os trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Logo, as comunidades terapêuticas se enquadram no campo de reformas do hospital psiquiátrico objetivando a transformação mediante a aplicação de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas. Uma das propostas de reformulação é a terapia ocupacional de Simon que, na falta de mão de obra para a construção de um hospital, recrutou pacientes crônicos e a partir dessa experiência inferiu que a iniciativa teve efeitos benéficos. A organização da comunidade terapêutica pensada por Jones, incluía os internos em grupos de discussão, operativos e de atividades com a justificativa de promoção de envolvimento com a própria terapia e com a dos demais, pois em sua visão a função terapêutica não era apenas dos técnicos, mas também dos internos, familiares e da comunidade. A realização de reuniões diárias e assembleias gerais para dar conta das atividades, participar da administração do hospital, e gerir a terapêutica, insere um tom democrático e oculta a carência de mão de obra. Contudo, o cuidado se restringe a práticas asilares, segundo Amarante (1998).

Rotelli et al. (2019) argumentam que o movimento verdadeiramente emancipador da RP ocorreu na Itália com a aposta na ruptura com a lógica manicomial de segregação a partir da abolição das internações em hospitais psiquiátricos do conjunto de prestação de serviços de

saúde. Os autores evidenciam que a RP nos EUA e na Europa reduziu a desinstitucionalização à desospitalização, dado que orientações neoliberais e conservadoras se apropriaram do discurso dos movimentos antipsiquiatria para a realização de programas de racionalização financeira que abrangeram altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos e em alguns casos o fechamento brusco de hospitais psiquiátricos. O processo de desospitalização teve como efeito a seleção de pacientes, a falta de resposta aos problemas das pessoas, e/ou abandono.

As Reformas Psiquiátricas na Europa, da década de 1960, tinham como proposta a substituição gradual das internações nos manicômios por intermédio da criação de serviços comunitários substitutivos, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação etc. A proposta italiana foi a mais radical e rompeu com o modelo segregativo da psiquiatria que via o manicômio como única resposta ao sofrimento psíquico (Amarante, 1998).

A RP italiana procurou desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico balizado binômio problema-solução que concebe a terapia como um sistema organizado de teoria, normas, prestações, que associa o diagnóstico ao prognóstico, e que conduz da doença à cura. O entendimento de que a psiquiatria realizou a separação do objeto fictício da doença da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social, foi o motor para o desmonte para o primeiro passo para o processo de desinstitucionalização que se voltou para o desmonte da relação problema-solução, ao se negar a seguir a solução racional da normalidade plenamente estabelecida (Rotelli et al., 2019).

O foco da terapia se modifica e deixa de ser a busca pelo princípio explicativo da doença e passa a se direcionar no sentido de “uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, por meio das quais a doença mental assumiu aquelas formas de existência e de expressão” (Rotelli et al., 2019).

A reposição da solução reorienta ação terapêutica, pois se transformam concretamente os modos de tratar as pessoas para transformar o seu sofrimento, em consequência de a terapia não ser mais compreendida como a perseguição da solução-cura, mas como um “como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento”. O objeto aqui não é mais a doença, mas a existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social. Então, o problema passa a ser a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização de formas de

convivência dispersa, ou seja, dos espaços coletivos. O sujeito passa a ser visto como cidadão de pleno direito ao invés de sujeito coagido ou tutelado (Rotelli et al., 2019).

Para os autores, o trabalho de desinstitucionalização decompõe as estruturas e a forma de trabalhar do manicômio e a fim de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos sujeitos cria serviços de base territorial: os centros de saúde mental, os plantões psiquiátricos noturnos no hospital geral, as cooperativas, as casas para os pacientes, os bares e os refeitórios de bairro, os jogos, os laboratórios de teatro etc. Os recursos passam a ser utilizados para fornecer serviços diretos às pessoas.

A experiência italiana serviu de base para a RP que culminou na mudança das políticas de saúde mental e com o advento da atenção psicossocial está intimamente conectada com as propostas do Movimento de Reforma Sanitária e com conjuntura e transição democrática (Amarante & Nunes, 2018). No Brasil da década de 1970, época de reestruturação produtiva, o país passava por um regime ditatorial, e nesse contexto a luta social por melhores condições de vida se acirra. No período de redemocratização do país as reivindicações por uma nova saúde pública que não fosse mais constituída de forma segmentada acarretaram no Movimento da Reforma Sanitária que propunha a criação de um sistema de saúde universal e de caráter igualitário. Tal movimento tencionou para a inclusão da saúde na nova Constituição de 1988 como um direito de todos, e a partir daí o Sistema Único de Saúde nasce em meio à instabilidade na alocação dos recursos e contingenciamento no orçamento (Menicucci, 2014).

No bojo das lutas sociais da década de 1970, pelo direito universal à saúde surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A composição do movimento englobava profissionais de saúde, principalmente recém-formados que se depararam como panorama de descaso e violência contra os pacientes psiquiátricos. Uma carta elaborada por bolsistas e residentes de hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde com denúncias e reivindicações resultou na demissão de 260 profissionais, que em contrapartida fomentou um processo de novas denúncias, manifestações e exposição da situação na imprensa durante um longo período (Amarante & Nunes, 2018).

De início, as propostas de reformulação da assistência psiquiátrica não se utilizavam dos termos saúde mental e RP, que apenas passaram a ser empregados na virada dos anos 1980 para 1990. As críticas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, foram acolhidas pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). O movimento realizou várias atividades importantes como congressos e simpósios com a participação de nomes importantes que defendiam a RP como, por exemplo, Franco Basaglia. Inclusive, em 1979, o MTSM organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, e durante o congresso houve

a decisão de convocar o II Congresso Nacional, que aconteceu em dezembro na cidade de Bauru, com o lema de “uma sociedade sem manicômios”. Com esse fundamento operaram-se transformações significativas no movimento com uma mudança em sua composição e orientação. O movimento deixou de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social com participação ampliada dos pacientes, seus familiares e ativistas dos direitos humanos. Além disso, passou a orientar-se não apenas pela melhoria do sistema, pela luta contra a violência, discriminação e segregação, mas passou a lutar pela extinção das concepções e instituições manicomial. Em consequência, o MTSM se converteu em Movimento da Luta Antimanicomial, e o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e grandes cidades do país (Amarante & Nunes, 2018).

O movimento da Luta Antimanicomial (LMA) influenciou demasiadamente a construção das políticas públicas de saúde mental no âmbito do SUS. Os primeiros dispositivos de saúde mentais substitutivos, os Núcleos e Atenção Psicossocial (NAPS) foram criados na década de 1990. Os NAPS foram definidos como unidades de saúde regionalizadas e territoriais responsáveis por oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Ao longo da década de 1990 e dos anos 2000, outros dispositivos para compor uma rede substitutiva foram criados, como os hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, residências para egressos do hospital, cooperativas de trabalho, projetos culturais de rádio, TV e teatro, além de vários outros programas intersetoriais com crianças e jovens, profissionais do sexo, redução de danos, violência doméstica, dentre outros. Observa-se que a diversidade de dispositivos procurou contemplar várias dimensões da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura etc. (Amarante & Nunes, 2018).

No início dos anos 2000, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que se desenrolou como resultado da LMA a lei 10.216 (Amarante & Nunes, 2018). Essa lei “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Dos direitos assegurados pela lei estão a proteção contra a discriminação e exploração; a recuperação pela inserção na família, o trabalho e a comunidade; a oferta de tratamento terapêutico em serviços comunitários de saúde mental pelos meios menos invasivos possíveis; e a proibição de internação de pacientes em instituições com características asilares (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001).

Um ano após a aprovação da lei 10.216, a portaria do Ministério da Saúde GM/336 de 2002 estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. A partir daí foram criados os CAPS I, CAPS

II, CAPS III, CAPSi (infantojuvenil) e CAPS-ad (álcool e drogas). M. Santos (2018) coloca que os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, são serviços em que a população tem acesso a profissionais e cuidados de saúde mental como psiquiatras, psicólogos, e atividades terapêuticas, como oficinas, terapias de grupo, atividades de lazer, entre outras.

M. Duarte et al (2024) consideram que a inclusão da temática álcool e outras drogas no campo da saúde mental se deu de modo tardio. O que é certo, visto que as discussões referentes à saúde mental se iniciaram décadas antes. Apenas a partir de 2002, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), é que essa seara começa a ser contemplada no campo da saúde mental com o direcionamento ético-político de promoção de autonomia dos usuários, o cuidado em liberdade e a redução de danos. As medidas coercitivas sobre os pacientes passam a ser desprezadas e substituídas por contratos, vínculos, acordos, contratos e vínculos estreitos entre cuidadores e sua clientela (Brasil, 2003 como citado em M. Santos, 2018).

Em 2003, o Ministério da Saúde introduziu a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas cujas diretrizes da atenção à saúde se fundamentam nos moldes da atenção psicossocial como produto da RP e luta antimanicomial e na redução de danos como ética de cuidado. Sendo assim, nessa política estão em destaque o acolhimento da história clínica do sujeito sem julgamento, com o bom estabelecimento de vínculo e corresponsabilização do sujeito no processo. A atenção integral, a noção de rede e a abordagem clínico-política são pilares da atenção psicossocial que passam a fazer parte do cuidado do sujeito que usa drogas (Lopes, 2019). Além da política de atenção, em 2005, a portaria nº 1.059 de 2005 do Ministério da Saúde destinou incentivo financeiro aos estados e municípios para o fomento de ações de RD em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad) (Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005).

Em 2011, outra portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 3.088 dá origem à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que buscou articular e integrar o conjunto de ações em saúde mental no SUS com os seguintes objetivos: ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, a fim de qualificar o cuidado por intermédio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Amarante & Nunes, 2018). O CAPS aparece como principal equipamento em articulação com outros serviços do sistema de saúde, como os de atenção básica; de urgência e emergência; de atenção residencial de caráter transitório; de

atenção hospitalar; e de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2011; M. Santos, 2018). Contudo, recursos orçamentários não foram definidos para as atividades de trabalho, renda e cultura, o que dificulta a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico (Amarante & Nunes, 2018). Observa-se que enquanto comunidades terapêuticas que passaram a integrar a portaria como um serviço de nível residencial terapêutico de caráter transitório, recebendo recursos públicos, a RAPS sofria com a falta de investimento. Tal cenário se repetirá nos anos posteriores.

A despeito dos avanços em direção aos princípios da lógica psicossocial e antimanicomial, Albrech (2022) atenta para o fato de que uma contrarreforma manicomial já estava em curso desde antes e nos governos Lula e Dilma, dado que a agenda da RP se desenvolveu em um contexto de contrarreforma do estado que se traduziu em uma onda de privatizações nos anos 2000, e, sobretudo, a partir de 2010 incidiu agressivamente nas políticas de saúde pela administração de contratos de trabalhadores da rede de saúde mental em um contexto instável e de precarização das condições de trabalho.

No momento da aprovação da lei 10.216, em 2001, a exigência do fim dos manicômios foi retirada do texto a fim de preservar brechas que mais tarde serviriam a interesses neoliberais defendidos por opositores da RP. A promessa de radicalização da democracia no processo de redemocratização não se concretizou e prosseguiu-se a acumulação capitalista tendo como instrumento uma democracia de cooptação da classe trabalhadora e de conciliação de classes, e com isso o movimento da RP que foi gestado no bojo das lutas populares foi perdendo força. Essa democracia de conciliação de classes se iniciou no governo Collor, e prosseguiu nos próximos governos e culminou no governo Dilma Rousseff com as alianças eleitorais em prejuízo de programáticas que beneficiassem a classe trabalhadora. O processo de mercantilização e precarização das políticas sociais teve franco avanço com a transferência de considerável montante de verbas públicas para as instituições privadas (Albrech, 2022).

O avanço da RP se deu de modo contraditório, tendo os seus limites em uma conjuntura na qual até mesmo um governo que inicialmente dizia se posicionar contra as políticas neoliberais, deu continuidade ao processo de diminuição da máquina pública estabelecendo alianças com setores conservadores com interesses privatistas. O avanço conservador se expressou nas políticas de álcool e outras drogas nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), a ampliação relativa do consumo de álcool e de crack associado à violência serviu aos setores conservadores como ofensiva ideológica na legitimação de medidas higienistas e repressivas contra a classe trabalhadora. Nesse processo de

“enfretamento ao crack”, as comunidades terapêuticas conquistaram o seu espaço como ponto da rede de atenção psicossocial (Albrech, 2022).

M. Santos (2018) chama a atenção para o fato de que a lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), preconizou que os serviços de atenção e reinserção social do usuário de substâncias deveriam ser prestados pelos serviços do SUS e também por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos. Desde então, as comunidades terapêuticas se tornaram candidatas ao recebimento de verbas públicas. No ano de 2010, no governo Dilma Rousseff e Lula, uma onda conservadora constituída em cima de uma suposta epidemia da droga *crack* angariou forças mediante uso das mídias e a resposta do governo foi um Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O plano de viés repressivo objetivou o enfrentamento ao tráfico (M. Duarte et al, 2024). Nessa época, deu-se início à transferência de vultosos recursos federais para as comunidades terapêuticas (M. Santos, 2018).

Em um movimento de retrocesso, de programas financiados também com respaldo em uma reportagem jornalística do site *Terra Notícias* de 2013 com o enredo *Comunidades terapêuticas religiosas lideram tratamento contra o crack* evidenciou-se que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) abriu um edital para financiamento de comunidades terapêuticas, quando já havia 114 contratos fechados em todo o país. Em comparação ao número de CAPS em todo o país após dez anos de implantação, era apenas de 305 dispositivos. Uma entrevista com o diretor de uma comunidade terapêutica revelou como funcionava o tratamento:

Aqui não tem luxo. Elas arrumam as camas, lavam suas roupas, cuidam da roça e, quando tem um trabalho mais pesado para fazer, como subir um muro, a gente chama os internos da unidade masculina. A gente trata os desvios de caráter com oração, disciplina e trabalho (Dip, 2013).

Os casos de violação de direitos humanos são corriqueiros nas comunidades terapêuticas. Uma notícia do site da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), sobre o fechamento de uma comunidade terapêutica no estado do Paraná demonstra a existência de irregularidades como agressões contra os internos, cárcere privado e, possível uso de medicamentos para dopar os internos. Entre 142 internados havia a presença de 18 adolescentes que não estavam separados dos adultos. Segundo ABEAD, tratou-se “só de mais um episódio” de atuação de forma irregular e que o problema que muitas comunidades terapêuticas não têm equipes multidisciplinares para o atendimento

digno e a fiscalização dos órgãos públicos é ineficiente para garantir a qualidade do atendimento. Inclusive há a afirmação de que muito do trabalho de “recuperação de dependentes químicos é feita pelas Comunidades Terapêuticas” porque o poder público não tem condições de estabelecer locais de internação para aqueles que necessitam desse cuidado (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas [ABEAD], 2023). Um contrassenso da afirmação é a de que o poder público não tem condições de estabelecer locais de internação, quando se torna notório que uma considerável fatia de recurso público é repassada para as comunidades terapêuticas.

M. Santos (2018) assinala que as comunidades terapêuticas privilegiam a abstinência e práticas manicomiais como o isolamento de pacientes em instituições fechadas. A adoção de rigorosas regras de conduta e convivência, sob vigilância e tutela dos dirigentes é justificada pela falta de controle dos usuários, e pela distorção de suas percepções sobre a realidade. Assim, os usuários seriam incapazes de serem sujeitos autônomos e livres. Além disso, não há normativa que obrigue tais instituições a incorporar profissionais de saúde em seu quadro.

As violações de direitos humanos são recorrentes nessas instituições conforme estampam diversas reportagens. O projeto das comunidades terapêuticas não correspondeu ao projeto de seus idealizadores ingleses que buscavam reformar o hospital psiquiátrico com medidas democráticas, participativas e coletivas. Ao invés disso se deu continuidade à lógica manicomial que segrega e aprisiona. Pode-se verificar isso nas denúncias de violência religiosa, no trabalho não remunerado, forçado, escravo disfarçado de laborterapia, exploração principalmente de pessoas negras e pobres. O professor Pedro Antunes da Costa, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), um dos profissionais que faz parte do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), avalia as Comunidades Terapêuticas no território do Distrito Federal como uma mistura de manicômios, prisões, igrejas e senzalas em razão das práticas habituais nessas instituições que alguns dizem funcionar mal somente em razão da falta de fiscalização (Camargo, 2024).

A despeito de várias denúncias contra a violação de direitos em comunidades terapêuticas, o movimento de financiamento das comunidades terapêuticas cresceu nos anos seguintes, e uma disputa entre os defensores das comunidades terapêuticas e dos setores da saúde pública que entendem as comunidades como violadoras dos princípios da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003*, se acirrou (M. Santos, 2018).

Em 2015, no início do segundo mandato do governo Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde e os princípios do SUS passaram a ser objeto de negociação política, e assim diversos

retrocessos passam a ocorrer no âmbito do SUS e a da RP (Amarante & Nunes, 2018). O acirramento das contradições agravadas pela crise econômica não permitiu que o governo Dilma Rousseff sobrevivesse por muito tempo. Em 2015, o Ministério da Saúde foi entregue ao comando do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) como forma de conter a crise enfrentada pelo Partido dos Trabalhadores (PT). A coordenação de saúde mental álcool e outras drogas foi entregue ao psiquiatra Valencius Wruch, representante de interesses manicomiais (Albrech, 2022; Dias, 2016). O psiquiatra foi exonerado do cargo em razão de manifestações de militantes da luta antimanicomial em 2016, ano em que a presidenta Dilma Rousseff sofreu o impeachment (Dias, 2016).

Boiteux (2015) frisa que a política de drogas no Brasil mesmo nos governos de esquerda tendeu a adotar preceitos proibicionistas. Um dos efeitos dessa política ineficiente para a redução do consumo de substâncias, como já frisamos, é o encarceramento em massa que afeta principalmente a população negra e periférica. Com a justificativa de proteção à saúde da população, os efeitos perversos da política proibicionista se mantêm.

Após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, o vice-presidente Michel Temer assume o mandato. E a contrarreforma no campo da saúde mental começa a se intensificar e, em 2017, a equipe do Ministério da Saúde aprovou uma resolução que incluiu novamente os hospitais como pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Em 2018, a nova gestão do Ministério da Saúde incentivou as internações psiquiátricas com o reajuste de 60% do valor das diárias hospitalares para internações psiquiátricas por períodos superiores a 90 dias e para reinternações ocorridas após menos de dias de alta. Há o retorno da centralidade das internações psiquiátricas hospitalares e priorização da abstinência como estratégia de cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias (M. Santos, 2018).

M. Duarte et al. (2024) apontam que a ofensiva conservadora no interior do aparelho estatal do governo Temer modificou a configuração da política de saúde mental álcool e outras drogas com o retorno “da defesa do isolamento como tratamento, da disciplina e da religião como cura, fortalecendo as Comunidades Terapêuticas como o novo sujeito do cuidado, que combina saberes técnico-científicos e práticas espirituais”. Destarte, houve alto investimento nas comunidades terapêuticas e nos hospitais psiquiátricos tradicionais, e os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, como o CAPS, sofreram com a falta de financiamento, isso em um cenário histórico de subfinanciamento dos dispositivos de saúde mental. Em vista disso, verifica-se ao mesmo tempo o avanço de medidas neoliberais com o congelamento de gastos públicos, e investimento para o aumento da medicalização, do corporativismo médico, tendo as internações como meios de fortalecer o setor privado.

A contrarreforma psiquiátrica avançou consideravelmente após a deposição da presidente Dilma Rousseff. A lógica de fortalecimento financeiro do setor privado de saúde terá continuidade no governo Bolsonaro (2019-2022), com a aprovação da lei 13.840 sobre drogas. Deste modo, há aumento no investimento de internações compulsórias, acolhimento em comunidades terapêuticas na lógica do isolamento. As internações generalizadas aparecem como forma de lucrar com a loucura e as drogas (M. Duarte et al, 2024).

Ao analisar a lei federal 13.840 sobre drogas, Lopes (2019) assevera que as modificações das diretrizes e princípios de atenção representam o paradigma da abstinência: são valorizados o isolamento social e as internações como propostas iniciais de tratamento. As internações involuntárias e compulsórias foram facilitadas do ponto de vista formal e técnico. A lei se trata de contraponto a RD, que não se coloca contra a abstinência, mas não toma abstinência como relevante para a garantia de direitos e reconhecimento da cidadania dos usuários. A nova lei se fundamenta em internações prolongadas, ideal de cessão brusca e impositiva de qualquer uso e financiamento público de instituições de natureza privada, porém, não determina as formas de atenção em saúde a ser dispensadas nos dispositivos privados. Além disso, a utilização de recursos que deveriam ser garantidos para a consolidação do SUS, passa a beneficiar instituições privadas.

Costa (2022) chama a atenção para a amplificação da “*Contrarreforma Psiquiátrica*”, que já vinha se arrastando relativamente com as medidas adotadas no campo da saúde mental pelos governos Temer e Bolsonaro, e as caracteriza como um “*Museu de grandes novidades*”, posto que se trata de uma reatualização de medidas repressivas, segregadoras e manicomialis com fins de valorização do capital privado. A portaria 3.588/2017 reinsereu o Hospital Psiquiátrico na RAPS. A lei federal 13.840 e o decreto 9.761/2019 realizaram mudanças na lei de drogas, na política de saúde mental, contrapondo-se à lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica. A priorização da abstinência e das comunidades terapêuticas, como modelo de tratamento, resulta no subfinanciamento e sucateamento das propostas públicas e, além disso, é uma medida inconstitucional, visto que comunidades terapêuticas são de natureza religiosa, o que vai de encontro ao ideal de estado laico. A narrativa de que há lacunas na saúde pública fortalece a ideia de que existe uma complementariedade entre o estado e a iniciativa privada. Para o autor, o fomento às comunidades terapêuticas remete aos manicômios e seus modelos asilares, atendendo igualmente a moralismos religiosos e a imposição da busca por lucro de variados setores da sociedade.

Miguel e Medeiros (2022), ao refletirem sobre o conteúdo da Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN, elaboraram propostas de modificações para a política

de saúde mental, corroboradas por portarias e resoluções publicadas entre outubro de 2017 e agosto de 2018. A mudança das diretrizes contesta as conquistas da RP, pois defende a volta dos hospitais psiquiátricos, método de recuperação baseado no eletrochoque, e o incentivo de internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em longo prazo. Os autores evidenciam que entre os anos de 2017 e 2018, houve aumento do financiamento de hospitais psiquiátricos, maior do que o repasse destinado à Rede de Atenção Psicossocial. O foco das intervenções mencionadas no documento valoriza as intervenções individuais em detrimento dos determinantes sociais de saúde.

Em 2023, com a nova vitória do presidente Lula, o financiamento das comunidades terapêuticas se manteve ativo, e mediante o decreto 11.392/2023 houve a criação do departamento exclusivo para as comunidades terapêuticas, o Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas (DACT), que ficou locado no Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). (CNS, 2023). Do início de 2023 até o mês de maio, foram destinados 53,6 milhões de reais em emendas para comunidades terapêuticas, o dobro do valor destinado em 2020 no governo Bolsonaro que foi de 27,8 milhões de reais (Borges, 2023). Em 2024, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) habilitou 585 comunidades terapêuticas para o recebimento de verbas públicas. As 28 comunidades terapêuticas mais bem avaliadas no Edital de Credenciamento nº 8/2023 ofertarão por volta de 1.680 vagas para mães juntas com seus bebês. O valor de repasse pode chegar a R\$30.791.779,20 (Costa, 2024). Por outro lado, foi anunciado o direcionamento de R\$ 414 milhões no período de um ano para o orçamento da Rede Psicossocial (Laboissière, 2023).

Desde os governos considerados de esquerda, observa-se um processo de beneficiamento das comunidades terapêuticas pela influência crescente de setores evangélicos no Congresso brasileiro. Segundo o médico Fábio Mesquita, em 2011, no governo Dilma Rousseff, a bancada evangélica foi agraciada com o afrouxamento das normas de funcionamento destas instituições, permitindo assim o acesso facilitado ao orçamento público. Os setores evangélicos conseguiram grandes conquistas nesse campo e, em 2017, foi aprovada uma resolução que incluiu as comunidades terapêuticas entre os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, situando-as no mesmo patamar que os CAPS, lembrando que as comunidades terapêuticas não apresentam em sua composição equipes multiprofissionais (A. Antunes, 2019).

Constata-se que o trajeto da luta da RP brasileira em busca da implantação de um modelo de atenção à saúde alicerçado na lógica psicossocial, compreenderam-se momentos

contraditórios que expressam antagonismos estruturais, disputas e tensionamentos. Durante todo o desenvolvimento da RP houve momentos de estagnações e recuos que conformaram dialeticamente o seu desenvolvimento. Os fundamentos do movimento de *contrarreforma psiquiátrica* em sua dinâmica neoliberal de expropriação e espoliação da classe trabalhadora e do estado pelo capital, podem ser observados ao longo do desenvolvimento da RP nos processos de enxugamento orçamentário, remanicomialização e mercantilização. Tal dinâmica se aprofundou no segundo mandato do governo Dilma Rousseff e se intensificou nos governos de Temer e posteriormente de Bolsonaro (Costa & Mendes, 2020).

Costa (2020) expõe que o fortalecimento das comunidades terapêuticas remete às lacunas deixadas pela negligência estatal. Nessa lógica que exige um local para isolamento dos usuários se revela um modelo privatista mercadológico que transforma o usuário de substâncias em mercadoria e tanto as formas de repressão quanto as de tratamento ficam sujeitas às leis do mercado. Aliás, o movimento de institucionalização dos usuários ocorre mediante uma amálgama interpretativa moralista, preconceituosa, repressiva/criminalizante, e, portanto, irrealista sobre as drogas.

Podemos ver que no contexto brasileiro o proibicionismo atravessa o campo da saúde e privilegia os modelos de atenção biomédico e jurídico-moral que concebem o consumo de substâncias psicoativas como doença e as drogas como um mal a ser combatido. Esses modelos tendem a patologizar qualquer tipo de uso de substância e entendem os sujeitos que usam drogas como moralmente fracos. Esses modelos predominam em instituições como as comunidades terapêuticas, mas infelizmente aparecem em dispositivos de saúde mental públicos como as UBS e os CAPS em razão da força do discurso de “guerra às drogas”.

No geral, a atenção às pessoas que fazem consumo de álcool e outras drogas tem sido um campo de disputas e tensionamentos constantes entre aqueles que defendem a abstinência e o lucro e aqueles que buscam uma atenção voltada para a cidadania, a inserção social e os direitos humanos do usuário. Embora haja movimentos de resistência como o Movimento da RP e dos trabalhadores em RD, a atenção continua sendo moeda de troca política para o agrado de grupos conservadores que defendem o uso de dinheiro público para manutenção de instituições privadas com a justificativa de oferta de “tratamento”, que sequer passam pelo crivo de uma séria fiscalização.

Relativo ao consumo de substâncias por crianças e adolescentes, a justificativa de proteção do sujeito em condição peculiar de desenvolvimento é amplamente defendida por Joia et al. (2016). No entanto, ao verificar alguns dados da realidade brasileira, concluímos que ao tratar do uso de substâncias ou trabalho no tráfico de drogas como fonte de renda, o

que se antecipa são medidas de cunho punitivo. Além do sucateamento dos dispositivos da RP, temos a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas e alto índice de medidas de privação de liberdade no Sistema Socioeducativo. Segundo dados do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) de 2023, aproximadamente 11.566 adolescentes encontram-se em condição de privação de liberdade. O perfil dos adolescentes evidencia que nove em cada dez adolescentes são meninos e mais de 63% são negros. O tráfico de drogas aparece como uma das principais justificativas para a internação de adolescentes, lembrando que a maioria destes também faz uso (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023).

Posteriormente discutiremos algumas particularidades históricas da infância e adolescência na formação social brasileira e sobre os descompassos da nossa história da assistência à infância e adolescência. Por ora queremos anotar que em 2018 ainda constatávamos que grande parte das crianças e adolescentes do Brasil se desenvolvia em contextos de vulnerabilidade social, falta de oportunidades, difícil acesso a bens econômicos e desvalorização pessoal, numa conjuntura que muitas vezes os levaria ao envolvimento com ações do narcotráfico (Motta-Costa et al., 2018).

Desprezando as condições reais de existência dessa população e a voracidade do sistema capitalista que em sua essência estimula o consumo, uma avultante parcela da sociedade compreende que é possível um mundo livre de drogas e, assim, abraçam o modelo moral e ético-legal sem questionar o contexto sócio-histórico onde esses sujeitos estão inseridos, caindo em um idealismo estéril que nada condiz com a realidade.

G. Silva (n.d), psicólogo do Ministério Público de Pernambuco, redigiu um texto no qual realiza uma crítica contra a RD, afirmando que as práticas não são benéficas para o trabalho com adolescentes em uma fase que nomeia como sendo de “maturação cerebral”. O profissional ironiza as contratações de especialistas em RD pelo setor público, e afirma que as comunidades terapêuticas são “sustentadas” por grupos religiosos e defende o “trabalho” das instituições religiosas que “acolhem e cuidam dos dependentes graves”. Ao final, ainda questiona:

Todos vão se drogar mais cedo ou mais tarde, então não há nada a fazer a não ser reduzir danos associados. . .então, para quê restringir acessibilidade de crianças ao consumo de álcool, proibir comerciais de cigarro, estabelecer idade limite para beber?
(G. Silva, n.d).

O fato mais irônico é o de que a sociedade questiona a RD, mas não questiona o sistema de proibição que lucra com o comércio de drogas e armamento, que valoriza o direito à propriedade privada e que transforma o ser humano em mercadoria. O próprio sistema busca “soluções” para mazelas que ele mesmo produz, e o mais curioso é que todas as “soluções” transformam pessoas que usam drogas em nichos de mercado. Questionamos se o principal objetivo do proibicionismo é criar um mundo mais saudável ou vender suas mercadorias lucrativas de “segurança” que fomentam as ações sejam de uma pseudo-prevenção, sejam de um pseudo-tratamento/recuperação.

A leitura materialista da realidade demonstra que embora a legislação considere adolescentes como “sujeitos de direitos”, as ações punitivas e coercitivas continuam a ser defendidas por grande parcela da sociedade. Reafirmamos que os dados sobre internações e ainda sobre violência contra crianças e adolescentes desmistificam a noção de proteção, já que mesmo estando sobre a égide do estado que jura ter o dever de protegê-los, todos os dias matérias jornalísticas estampam nas páginas dos jornais notícias como estas: *Sob Tarcísio, polícia de SP matou quase 60% mais adolescentes do que gestão anterior* (N. Fonseca, 2024) ou ainda, *Polícia de SP já matou mais de 30 adolescentes em 2024, aponta pesquisa* (Saldanha, 2024).

Enquanto não superamos o sistema capitalista, construindo outra sociabilidade, defendemos aqui que temos como a melhor alternativa a RD, atrelada à lógica da atenção psicossocial, porque visualizam a relação do sujeito com as drogas a partir de um viés de saúde pública que considera as múltiplas determinações do processo saúde-doença. Em vista disso, considera-se que as diretrizes de cuidado, cuja oferta de atenção à saúde deve comportar o vínculo, o trabalho em equipe e em rede intersetorial, o cuidado em liberdade, continuado e, principalmente a crítica à sociedade que produz o consumo problemático, a fim de valorizar o capital. O consumo de drogas nem sempre mostrou ser fonte de problemas ao desenrolar da história da humanidade, mas o fomento das necessidades que transforma seres humanos em consumistas e alienados para alavancar o valor do capital estimula o consumo desenfreado, se sobrepõe e impede qualquer possibilidade de emancipação humana.

2.2 Redução de danos: conceito polissêmico, prática polemizada

Nessa subseção discutiremos a gênese da RD e como esta se constituiu no Brasil, enquanto proposta política. Tendo sua gênese em países capitalistas hegemônicos a RD se estabeleceu aqui de um modo diferenciado, dado que, nos países desenvolvidos, a RD

assumiu caráter mais instrumental, diferentemente do contexto brasileiro que a assumiu inicialmente como forma de prevenção frente à epidemia de infecções sexualmente transmissíveis, passando a integrar as políticas de saúde mental como ética de cuidado e ultrapassou o campo da saúde, dialogando com os direitos humanos e o desenvolvimento social.

A RD tem sua origem na Inglaterra na década de 1920 do século XX, quando o Comitê Rolleston, composto por médicos, sugeriu a prescrição de heroína e cocaína para os nomeados dependentes, com o intuito de controlar os sintomas da abstinência. Porém, após o fim da primeira Guerra Mundial, esta prática foi proibida (Pollo-Araujo & Moreira, 2008).

Na década de 1980, a RD voltou a ganhar destaque em diversos países da Europa em razão do aparecimento do vírus HIV. Acreditava-se que a infecção pelo HIV ocorrera pela primeira vez entre usuários de drogas injetáveis, em 1975 em Nova York, em 1978 na Itália e em 1980 em Amsterdã. Na década de 1990, cerca de metade dos casos de HIV na Europa ocorreu entre os usuários e drogas injetáveis (UDI). Um dos motivos da epidemia do vírus entre os usuários de drogas injetáveis foi a cultura de compartilhamento de equipamentos no momento do consumo. Deste modo, vários países adotaram a distribuição de insumos como seringas e agulhas como forma de prevenir a propagação do vírus HIV. Nos países que não adotaram tais medidas a propagação do vírus entre usuários de drogas injetáveis foi bastante rápida (Derricott et al., 1999).

No fim da década de 1980 países como a Holanda, Inglaterra e Alemanha já haviam adotado programas de trocas de seringas e agulhas a fim de reduzir os danos associados ao consumo de drogas injetáveis (Derricott et al., 1999). A Holanda foi pioneira em relação às políticas de RD, pois em 1972 o governo já começava a instituir mudanças na política nacional de drogas em razão do aumento dos problemas relacionados ao uso problemático de substâncias. Em 1980, naquele país, foi fundada a associação de usuários de drogas injetáveis *Junkiebond* com o intuito de prevenir a disseminação de infecções e a melhora das condições de vida dos usuários. Em 1984, o governo de Amsterdã e a referida associação implantaram um projeto de troca de seringas novas por usadas (Domanico, 2006).

No Brasil, as estratégias de RD associadas ao consumo de drogas injetáveis se iniciaram em 1989, na cidade de Santos, com o apoio da prefeita Telma de Souza, do médico sanitário e secretário Municipal de Saúde, David Capistrano, e do médico Fábio Mesquita, à época coordenador do *Programa Municipal da Luta Contra Aids*. A cidade de Santos foi pioneira na implantação de programas municipais de Aids e se destacou pelas medidas como a distribuição de preservativos em toda a rede municipal do SUS, em ser a primeira a adquirir

medicamentos antirretrovirais e a primeira cidade a propor uma estratégia de RD para conter o avanço da epidemia de HIV entre usuários de cocaína injetável que representavam 50% dos casos de Aids em Santos (Mesquita, 2020).

Mesquita (2020) relembra que apesar da cidade de Santos ter apresentado soluções inovadoras para lidar com o avanço da infecção HIV, as ações de RD foram severamente atacadas pelo Ministério Público de São Paulo, que se utilizou da lei 6.388 de 1976 para julgar a iniciativa de distribuição de seringas como indução ao uso de drogas, enquadrando os profissionais responsáveis pelo crime de tráfico de drogas, com penas que variavam de três a cinco anos de reclusão. Segundo o autor, ainda que o processo do Ministério Público fosse uma ameaça, esse evento teve alguns impactos positivos, pois viabilizou em 1994 a implementação de fato na Universidade Federal da Bahia, o primeiro programa de troca de seringas no Brasil no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas em CETAD/UFBA. Outras consequências daquele evento foram a criação da lei 9.758 de 1997 que autorizava a Secretaria de Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas, além de inaugurar amplo debate nacional sobre as melhores estratégias para lidar com a problemática da dependência de drogas de outra forma que não apenas a repressão ou abstinência. Nessa toada, a RD despontou como uma proposta mais objetiva e pragmática.

Ainda de acordo com Mesquita (2020), embora pareça contraditória em razão do apoio de tais organismos internacionais a guerra às drogas, no Brasil da década de 1990, organizações internacionais como o Banco Mundial e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime financiaram a ampliação das estratégias de limpeza e trocas de seringa, trabalho em campo com as pessoas que usam drogas e a promoção da RD para controlar o aumento do HIV entre as pessoas que usavam drogas injetáveis.

O fim da década de 1990 foi frutífera para o desenvolvimento da RD no Brasil, posto que surgiram entidades como a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e no âmbito acadêmico a temática progrediu com apoio de centros de excelência em políticas públicas sobre drogas como o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas em CETAD/UFBA, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e o *Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)*, também da UNIFESP (Mesquita, 2020).

Em 1998 foi fundado, na cidade de São Paulo, o Centro de Convivência *É de Lei*, uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos que atua na promoção da redução de riscos e danos, sociais e à saúde, associados à política de drogas. Além disso, as ações do núcleo se

dirigiam para o desenvolvimento de cidadania e para a defesa dos Direitos Humanos de pessoas que faziam uso de substâncias psicoativas, principalmente em contextos de vulnerabilidade. O *É de lei* almejava influenciar a aprovação de políticas públicas interessadas na RD, a fim de ampliar a rede de suporte dessas pessoas, considerando recortes de raça, gênero e classe social (É de Lei, n.d).

Ao recuperar a trajetória da RD no Brasil, de acordo com Petuco (2020), seu desenvolvimento pode ser dividido em três momentos principais: 1) prevenção ao HIV/Aids e às hepatites virais; 2) saúde mental; 3) direitos humanos e desenvolvimento social. Como mostramos há pouco, o primeiro momento demarca o surgimento da RD no país como estratégia para evitar a transmissão de infecções como o HIV/Aids e Hepatites Virais no fim da década de 1980. Já o segundo momento remonta à inserção tardia da RD nas políticas de saúde mental, a partir da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e outras Drogas, em 2003. O terceiro momento se caracterizou pela expansão da RD em direção à articulação intersetorial visando à garantia de saúde, educação, cultura, assistência social, dentre outras políticas, considerando as intersecções de raça, gênero e orientação sexual. Esse momento conta com o financiamento público de programas como o *Atitude* de Pernambuco e o “*De Braços Abertos* de São Paulo. O *programa Atitude* objetivou a articulação intersetorial em busca de um cuidado integral, incluindo geração de trabalho e renda, e acesso à educação e cultura. O *programa De Braços Abertos* também objetivou a articulação intersetorial entre a saúde, educação, cultura, direitos humanos e assistência social, dentre outras políticas, para a garantia de oferta de trabalho, renda, moradia etc.

Reis e Ferrazza (2021) afirmam que a saúde pública passou a contemplar políticas específicas para tratar questões referentes ao uso problemático de álcool e outras drogas a partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), que ocorreu apenas em 2002. Anteriormente à regulamentação dos CAPS-AD, as alternativas de assistência eram exclusivamente médicas, de caráter autoritário, moral e religioso, que tinham a abstinência como meta. Em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, o uso problemático de álcool e outras drogas foi reconhecido como um problema de saúde pública e no ano seguinte criou-se o CAPS-AD tendo como diretriz de cuidado a RD.

Em 2003, a *política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários e álcool* e outras drogas preconizou que a oferta de cuidados às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas deveria ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos deveriam

sempre se direcionar pelos conceitos de território e de rede, bem como pela lógica ampliada de RD, realizando uma procura ativa das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao contexto cultural e à comunidade onde esses sujeitos estão inseridos, consoante com os princípios da RP (Ministério da Saúde, 2003). Pode-se dizer que a Política de Atenção Integral a usuários e Álcool e outras drogas ampliou o escopo das práticas de RD, visto que instituiu a RD como diretriz estratégica para o cuidado nos serviços do SUS, principalmente na Atenção Básica e nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) (A. Antunes, 2019).

Interessa-nos destacar que neste trabalho partimos do entendimento de que a RD é um conceito polissêmico. Petuco (2020), por exemplo, a compreende como um conjunto de práticas e concepções concernentes ao cuidado das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Conforme observa o autor, apesar da RD ter sido iniciada como uma estratégia de distribuição de insumos, não seria um mero conjunto de técnicas de prevenção, mas uma ética do cuidado para com as pessoas que usam drogas (A. Antunes, 2019).

Destarte, as práticas de RD surgiram como alternativa frente às estratégias proibicionistas de viés de guerra às drogas, fundamentando-se em princípios como pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade. As práticas de RD são apontadas como pragmáticas, pois compreendem que todas as pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas devem ter acesso aos serviços de saúde, inclusive aquelas que não conseguem ou não querem se manter abstinentes, pois o foco deve ser a preservação da vida e para isso é preciso abrir a possibilidade de acolhimento em qualquer circunstância para que as pessoas peçam ajuda quando quiserem ou precisarem (Ministério da Justiça, 2016).

A RD é uma abordagem tolerante, posto que evita o julgamento moralizante no que tange aos comportamentos referentes ao consumo de substâncias e às práticas sexuais, opondo-se a práticas autoritárias e preconceituosas. Além disso, contempla a diversidade, considerando que cada sujeito estabelece uma relação particular com as substâncias e não pressupõe que deva haver interrupção do uso, direcionando assim suas práticas àqueles que consomem drogas e aos grupos sociais com os quais convivem, a fim de diminuir os danos físicos, psicossociais, e jurídicos relacionados ao uso de drogas (Ministério da Justiça, 2016).

No que concerne ao cuidado em RD, há uma pactuação com o sujeito acerca das metas intermediárias e dos procedimentos, não uma imposição de metas. A interrupção do consumo de álcool e outras drogas pode ser um objetivo, porém são consideradas muitas outras dimensões da vida do sujeito como relacionamento familiar e no trabalho/escola, condições clínicas e psíquicas e relações com a lei. Dialoga-se com o usuário no sentido de encontrar

estratégias para que ele possa evitar riscos, melhorar o relacionamento familiar e até mesmo recuperar a atividade profissional. Portanto, o sujeito e sua rede de relações são o foco das intervenções em RD. Segundo o olhar da RD, o vínculo terapêutico fundamentado nos direitos humanos encerra a potência que permitirá a construção de novos projetos de vida (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016).

A Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), por sua vez, concebe a RD como uma postura demasiadamente ética, pois entende o conceito não como um amontoado de diretrizes, mas como uma postura, um modo de se portar em relação ao usuário e às inúmeras problemáticas relacionadas à maneira como nossa sociedade aborda a questão das drogas (MacRae & Gorgulho, 2003).

C. Fonseca (2012) compreende que a RD se revela em posturas, atitudes, políticas e programas que intencionam contribuir para uma mudança no modo como a sociedade se porta diante da temática das drogas, oportunizando o diálogo e a expressão das pessoas que usam drogas, sobre os usos, suas necessidades, direitos e deveres. Deste modo, o conceito de RD tem como propósito informar, ir ao encontro do usuário de drogas, além de educar a sociedade para que atitudes saudáveis sejam maximizadas e consequências adversas do consumo sejam minimizadas. Isto posto, a RD sobreleva a legitimação da cidadania dos usuários na condição de sujeitos de direitos e defende o princípio da universalidade do acesso, pois considera que a saúde é um direito de todos.

O uso de substâncias conforme C. Fonseca (2012) usualmente é interpretado pelo viés dos modelos moral, criminal ou de doença. Como já debatemos, o modelo moral defende a proibição do uso ou distribuição de certas drogas e considera o consumo e a distribuição como crimes sujeitos à punição. O modelo criminal trata-se de uma extensão do modelo moral, pois pune nas formas da lei a distribuição e muitas vezes o consumo de substâncias psicoativas consideradas ilícitas, tal modelo defende uma sociedade livre de drogas. O modelo da doença entende que o uso de substâncias pressupõe formas de tratamento e prevenção que objetivam atuar no enfraquecimento o desejo pelo desejo de consumo de drogas tendo como fim o alcance da abstinência.

Para os autores, a RD diferencia-se das demais abordagens, pois se distancia de julgamentos morais baseados no binômio certo *versus* errado e oferece uma variedade de políticas e procedimentos que reduzam as consequências prejudiciais do comportamento dependente e de modo gradual estimula os sujeitos que apresentam comportamento excessivo a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais do consumo. As

estratégias devem ser elaboradas a partir da situação de cada usuário e incluem também sua aplicação no que tange ao consumo de drogas legais como o tabaco e o álcool.

O que desejamos aqui salientar é que a RD não considera apenas o cuidado integral individual e a diminuição do uso problemático de drogas ou de danos à saúde física e mental do sujeito. Trata-se de uma abordagem ética, clínica e acima de tudo política, pois busca também a redução de riscos sociais, realizando uma crítica ativa ao proibicionismo e as formas estruturais perversas da nossa sociedade, alicerçada no racismo e no patriarcado, que afetam as subjetividades das pessoas de múltiplas formas e precisam ser questionadas junto ao proibicionismo (Prado & Otsuka, 2019).

Prado e Otsuka (2019) sublinham a crítica da RD ante ao proibicionismo, questionando o modelo de política de drogas punitivista, o sistema de justiça desigual, o encarceramento em massa e os prejuízos ocasionados pela guerra às drogas, que afinal acaba sendo uma guerra contra pessoas e grupos específicos. O proibicionismo não obteve sucesso em reduzir nem a oferta e nem o consumo de drogas, e se converteu unicamente em um mecanismo que violenta as pessoas, principalmente a população jovem, negra e periférica.

Não podemos perder de vista que a pessoa que consome drogas está inserida em um contexto histórico-cultural e não deve ser descolada de sua realidade, tão logo a RD considera a multiplicidade das subjetividades possíveis objetivadas por conexões e contextos sociais diversos e por isso não se restringe a uma única forma de cuidar e de orientar as pessoas que fazem uso de substâncias. Assim, a RD se fundamenta no princípio de equidade e está intimamente ligada aos direitos humanos, compreendendo o ser humano para além do uso e defendendo junto às pessoas que usam drogas a garantia de direitos básicos como a inserção no trabalho, a geração de renda, o acesso à moradia e a efetivação do trabalho em rede (Prado & Otsuka, 2019).

A revista holandesa *Mainline Drogas e Saúde* (n.d), especialmente voltada para o público que faz uso de substâncias, publicou um artigo no qual evidencia quais são os dez basilares princípios da RD: 1) participação dos usuários na concepção, planejamento, implementação, monitoração e avaliação de programas, e inserção pelo trabalho nos programas mediante o emprego do trabalho de pessoas que usam drogas em todos os níveis de prestação de serviço; 2) a abordagem centrada nas pessoas e o estabelecimento de vínculos de confiança que permitam um contato aberto e honesto para que os usuários se sintam humanizados e confiantes para realizar suas próprias escolhas; 3) acesso aos serviços que devem ser de qualidade suficiente para garantir os direitos dos usuários e isso requer programação flexível, políticas de baixa exigência, serviços liderados por pares e uma

abordagem integral; 4) melhoria da qualidade de vida mediante a atenção às necessidades básicas como alimentação, abrigo, segurança, trabalho etc.; 5) aplicação desde a prevenção até a reabilitação. As mensagens de RD podem ser integradas na prevenção primária e nos serviços de desintoxicação e reabilitação; 6) compreensão do uso de substâncias dentro do contexto social das pessoas que usam drogas, dado que o uso de drogas é um fenômeno social e a maioria dos danos é acarretada pelo ambiente de risco social em que o uso ocorre e os programas são mais eficazes quando se ajustam às realidades sociais de cada contexto; 7) oposição ao uso de sanções criminais quanto ao uso de drogas e tratamento compulsório obrigatório, por isso a defesa da descriminalização do uso de drogas; 8) a salvaguarda e a proteção do direitos humanos, já que o usuário tem o direito de acessar todos os direitos, inclusive a assistência jurídica, portanto isso significa que o usuário merece uma vida livre de estigma e discriminação que causam mais danos do que o uso de drogas em si; 9) abertura para todas as pessoas que usam diversos tipos de drogas, orientação acerca do uso mais seguro de drogas e das práticas sexuais e quebra de barreiras ao acesso aos serviços que os usuários enfrentam; 10) aborda a questão das drogas de modo integral e com base em evidências científicas, pois a RD já provou que é eficaz na redução da transmissão de doenças infecciosas e quanto ao uso mais seguro de substâncias. Partindo desses princípios, os programas de RD para serem eficazes devem contemplar em sua estrutura a assistência jurídica, o acesso a programas da justiça, o envolvimento dos familiares, a satisfação das necessidades básicas, a criação de oportunidades de subsistência, abrigos e zonas seguras e a denominada inclusão social.

Para C. Fonseca (2012), ainda que a RD seja uma abordagem pautada nos direitos humanos e apresente resultados que não podem ser desprezados, os projetos de RD continuam a ser negligenciados, dado que, em sua maioria, continuam sendo desenvolvidos à margem do SUS, permanecendo desarticulados de outras instâncias e tendo seu campo de ação limitado pela forte resistência de setores favoráveis ao posicionamento proibicionista que integram o quadro do estado.

Em 2003, com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, foi possível observar a tentativa de avanço em integrar a RD como diretriz do SUS. Contudo, as investidas dos setores conservadores da sociedade prejudicaram a incorporação formal da RD no SUS. Como expressão do conservadorismo tivemos, em 2019, após 30 anos de história da RD no Brasil, um governo que por meio do decreto 9.761 lançou a nomeada “nova” Política Nacional sobre Drogas que colocou a promoção abstinência como base central das intervenções e determinou estímulo financeiro para as

comunidades terapêuticas - de instituições religiosas - que se utilizam de métodos divergentes das práticas preconizadas pela RD, tomando a abstinência como única opção de tratamento e o confinamento do usuário (A. Antunes, 2019).

Pesquisas como a de Reis e Ferazza (2022) identificaram reprodução da lógica manicomial e proibicionista em discursos e práticas de profissionais que trabalham em dispositivos psicossociais do campo álcool e outras drogas. As autoras sublinham que muitas vezes a formação desses profissionais colabora para a manutenção da lógica manicomial e proibicionista pela ausência de discussões referentes aos cuidados voltados para as pessoas que consomem álcool e outras drogas. O modelo da RD tem a potência de se posicionar ética e politicamente contra o proibicionismo, que cumpre o papel de violação de direitos humanos e a criminalização da classe trabalhadora, mas para isso deve avançar criticamente abandonando perspectivas liberais (Costa, 2020).

Matos (2023) observou que a RD é polissêmica e se desenha a partir de diferentes projetos. A autora afirma que ao longo da história ascenderam vários projetos de RD que envolveram 1) RD com ações que focavam na promoção de abstinência, 2) RD com foco mais instrumental-pragmático, que envolvia um conjunto de técnicas e ou estratégias, 3) RD com ações ligadas à promoção da cidadania/inclusão social e, por fim, 3) RD como uma ética de cuidado, pautada em princípios liberais. De modo particular, alinhamo-nos ao entendimento de Matos (2023, p. 248) de que a RD diz muito mais de um projeto de sociedade anticapitalista e que por isso:

Não é possível falar em RD sem falar de racismo, de violência policial, de violência doméstica, de exploração e exaustão de trabalhadoras e trabalhadores, de precarização das políticas pela agenda neoliberal; e que reduzir danos é entender que tudo isso se articula sob a necessidade de acumulação do capital.

Consonantes com essa reflexão, enquanto não se supera a sociabilidade capitalista, a RD não pode deixar de lado a luta pela construção do que seria um cuidado mais integral em saúde/saúde mental de crianças e adolescentes. Relativo a este cuidado, alguns autores defendem que a intersetorialidade é um de seus pilares e diretriz. Sobre o conceito de intersetorialidade, Taño et al. (2021) o compreendem como ação que objetiva a transformação da lógica social a partir do combate à exclusão, por meio do desenvolvimento social mais equânime e sancionam que é mediante as ações intersetoriais que se pode iniciar a busca por processos de busca pela melhoria de qualidade de vida. Embora haja ênfase da defesa nos

direitos humanos, e na aposta do atendimento em rede, os autores assumem que o contexto brasileiro onde a desinstitucionalização não se afirmou enquanto realidade social, as estruturas de internação como as comunidades terapêuticas e hospitais gerais permanecem com lógicas assistenciais e cisão das ofertas e fragmentação de abordagens.

Do mesmo modo Santarosa et al. (2021) notabilizam as ações intersetoriais como uma forma de enfrentamento das desigualdades sociais, tendo como foco o sujeito e sua totalidade ao invés da substância. Tomando como campo de estudos sobre as ações intersetoriais na Cracolândia, na cidade de São Paulo, os autores presenciaram um contexto assistencial de desmonte dos projetos de cuidado, evidenciando o caráter efêmero das ações e sua subordinação a intervenções políticas isoladas.

Surjus et al (2021), ao tecerem considerações sobre a interface adolescência-uso de drogas-RD, endossam que ainda que a RD tenha eficiência comprovada cientificamente, tal perspectiva não tem sido sustentada por políticas de estado em razão da disputa em torno das concepções de saúde e adoecimento e, atravessamentos provocados pela interdição do proibicionismo globalizado. Essas interdições, no caso de crianças e adolescentes, culminaram em proposições iatrogênicas e violadoras de direitos tendo como amostra a aprovação em instância de controle social da aprovação de acolhimento de adolescentes com uso problemático de drogas em comunidades terapêuticas que fornece “tratamento” com a premissa de isolamento social, recuperação mediante visão moralizante do trabalho e espiritualidade. Para as autoras, a RD é uma proposta garantidora de direitos humanos e promotora de autonomia voltada às adolescências contra-hegemônicas. A dinâmica capitalista, a sociedade com dívida em classes e a juventude vulnerabilizada composta por jovens negros, pobres e periféricos, em razão da intensificação da questão social, são mencionadas no texto, contudo, sem aprofundamento.

A reprodução da lógica manicomial e proibicionista no cuidado dispensado a crianças e adolescentes presta a valorização do capital. Um dos exemplos na realidade brasileira que escancara a lógica de acumulação do capital no tratamento dispensando a crianças e adolescentes se encontra nos estudos de Joia et al (2016). Ao tratar da trajetória de atenção de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas, os autores desvendam o entrelaçamento entre a lógica, a proibicionista e antimanicomial como engrenagens que procuram valorizar o capital.

Segundo os autores supracitados, nas primeiras décadas do século XXI, a mídia brasileira e os setores conservadores fomentaram um cenário de “epidemia de crack”. Epidemia entre parênteses em razão da nula comprovação da real existência de tal epidemia,

posto que os dados sobre o uso de crack não a comprovavam. A partir desse alarmismo se deu a implantação de planos governamentais com elevado investimento em ações de vigilância, repressão e internações psiquiátricas. Observou-se a contar dessa época o aumento de internações em espaços fechados e isolados de tratamento, especialmente em crianças e adolescentes em situação de rua que fazem uso de drogas, que tem sido alvo de ações repressivas e violentas com a justificativa de proteção do direito ao acesso à saúde. Dessa forma, a infância e a adolescência na particularidade brasileira têm sido historicamente marcadas por práticas tutelares e coercitivas que perpassam as relações entre as redes de saúde e a justiça com justificativa de proteção. Nesse cenário, internações por ordem judicial mesmo quando não se trata de questões relativas ao cuidado em saúde e seu prolongamento são práticas recorrentes do sistema de justiça, o que sinaliza a fragilidade de políticas para a juventude (Joia et al., 2016).

Em síntese, a RD teve seu início em 1920 com a prescrição de heroína e cocaína para mitigar o sofrimento dos militares ao fim da primeira guerra mundial. Mais tarde, na década de 1980, a RD é resgatada em países hegemônicos como modo de enfrentamento à epidemia HIV/Aids, com a propagação de programas de trocas e seringas e agulhas com a finalidade de reduzir riscos associados ao consumo de drogas injetáveis. Somente em 1989 a RD chega no Brasil e é interpretada como apologia ao uso de drogas pelo Ministério Público de São Paulo. Apesar disso, ao longo da década de 1990, organismos internacionais financiaram a ampliação das estratégias de distribuição de insumos para o controle da epidemia de HIV entre as pessoas que usavam drogas injetáveis. Nesse sentido, as práticas que se iniciaram com a troca de seringas e agulhas avançaram para uma proposta de cuidado em saúde mental, engajada na luta pelos direitos humanos das pessoas que usam drogas (Maronna & Teixeira, 2021).

Assim, a RD, em contexto brasileiro, transcorreu um caminho que passou de um viés mais instrumental e se atrelou à saúde mental e aos direitos humanos e desenvolvimento social, com sua inclusão nas políticas e ações em saúde mental e, na criação de programas que visavam à articulação intersetorial a fim de garantir aos usuários a saúde, a educação, a cultura, os direitos humanos e a assistência social, dentre outras políticas, para a garantia de oferta de trabalho, renda, moradia etc. No campo da saúde mental, a RD passou a ser diretriz e a compor o rol de ações no campo álcool e outras drogas a partir da criação dos CAPS-ad, no bojo da RP. A RD transmutou-se de estratégia à abordagem ética, clínica e política, criticando o proibicionismo e a violação de direitos humanos fundamentais.

O cenário perene de ataques aos direitos da classe trabalhadora atesta a importância do embate político pela defesa de que o uso problemático de substâncias envolve a defesa da saúde pública. Em consequência, a defesa é de um RD que se desenvolva para além de intervenções de cunho individualista, sendo primordial a superação de políticas e modelos anacrônicos no tocante à temática drogas. Mesmo com a maior visibilidade e valorização da RD pelo mundo, no Brasil prevalece-se o viés moralista e reducionista quando se trata especialmente do público adolescente. Nossa hipótese é a de que a invisibilidade e o discurso da inviabilidade da RD na adolescência advêm da visão proibicionista e conservadora que rege as políticas sobre drogas em uma amálgama justificativa de zelar pela proteção.

Apesar da pressão realizada por parte dos setores que são a favor da política proibicionista, a RD avança cientificamente e socialmente. Algumas experiências têm apontado que a abordagem pautada pela lógica da RD possui maior ressonância entre sujeitos que se encontram no período da adolescência do que as baseadas no modelo proibicionista. Estudos como o de A. Silva et al (2015) e também o de Slemon et al. (2019) indicaram que abordagens pautadas na RD possibilitam a promoção de reflexão sobre escolhas responsáveis quanto ao uso de drogas e a constituição de uma relação de confiança entre os adolescentes e os adultos. Estes estudos concluíram que as abordagens calcadas no modelo da abstinência e da proibição, além de não colaborarem significativamente para que os adolescentes não façam uso de drogas, ainda impedem que os mesmos solicitem direcionamentos e informações quanto ao uso e abuso de drogas.

Não negamos que o consumo de substâncias psicoativas realizado por adolescentes é controverso, porém a prevenção e o tratamento baseados na abstinência não ocorrem somente pelo uso ser prejudicial em termos desenvolvimentais. A abordagem da RD não nega que o consumo de drogas possa ser prejudicial, tanto é que a noção de “dano” aparece para designar a própria abordagem. A RD busca se pautar na realidade concreta, em que pese sempre esbarre nos limites do conservadorismo e proibicionismo.

Reiteradamente, as publicações sobre RD e adolescência citam indicativos da questão social, mas não se aprofundam em uma crítica perante as relações capitalistas e a determinação social do processo saúde-doença. Apesar de afirmar que o cuidado em saúde/saúde mental deva considerar crianças e adolescentes de modo integral, muitas vezes desconsidera-se que o sistema capitalista se utiliza e obtém vantagens com a ideologia proibicionista. Diante dessas contradições compreendemos que o desenvolvimento humano e a busca por uma vida mais saudável não podem se materializar em uma perspectiva liberal que privilegia o bom funcionamento do mercado às custas da luta pela emancipação humana.

SEÇÃO III–A ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS

Nessa seção trabalharemos o desenvolvimento das concepções de criança e adolescente, desvelando como o surgimento do conceito de adolescência está atrelado às necessidades do modo capitalista de produção e da exploração das crianças no bojo deste sistema. Em contraponto, apresentaremos a concepção de adolescência alçada pela perspectiva da psicologia sócio-histórica.

3.1 Adolescência: das concepções tradicionais, à perspectiva sócio-histórica

Leal e Facci (2014) asseveram que as concepções hegemônicas sobre a adolescência tendem a valorizar os aspectos biológicos e universalizá-los a despeito das condições sociais e históricas particulares nas quais cada ser humano singular se desenvolve e se apropria do gênero humano. Logo, a adolescência é caracterizada como o período permeado por atos de rebeldia, de contraposição, de obstinação e pela falta de limites como se tais comportamentos ocorressem por pura influência biológica dos hormônios no comportamento humano.

A psicanálise influenciou profundamente a construção do conceito de adolescência no início do século XXI. A adolescência foi caracterizada como uma fase circunscrita por perturbações referentes ao afloramento da sexualidade (Bock, 2007). Heywood (2004) observa que no início do século XX a obra “Adolescência” do psicólogo norte-americano Granville Stanley Hall favoreceu a popularização do conceito de adolescência. Segundo Stanley Hall, o sujeito refaz o desenvolvimento da raça humana, desde as origens animais até a civilização. A idade entre oito e 12 anos representaria um estágio remoto da evolução humana e a adolescência seria uma etapa de transição entre a selvageria da infância e a maturidade da vida adulta. A adolescência, etapa fisiologicamente determinada pelo aparecimento da puberdade, carregaria consigo a tempestade e tensão como características universais. Nesta direção, a teoria de Hall se baseia em concepções naturalistas e despreza a possibilidade de que a adolescência pudesse se espelhar em seu próprio ambiente social e cultural e as pressões particulares enfrentadas pelos adolescentes no ocidente contemporâneo.

Para Ozella e Aguiar (2008), a psicologia tem compreendido a adolescência de modo naturalizante, a-histórico e em contraposição, a psicologia sócio-histórica⁷ que concebe o

⁷ Essa psicologia remonta a trajetória da professora Silvia Lane, que na década de 1980, a partir do seu encontro com a psicologia social e sua participação política e acadêmica, contribuiu singularmente para o debate sobre o

homem como sendo constituído na relação dialética com o social e com a história. O ser humano se constitui na e pela atividade, ou seja, na produção e reprodução da existência humana estão latentes a historicidade social, a ideologia, as relações sociais e o modo de produção vigente. Assim, sujeito e sociedade estão implicados em uma relação de mediação, na qual um constitui o outro.

Tomamos a psicologia sócio-histórica como uma perspectiva crítica da psicologia, que considera a realidade social e cultural como constitutiva do que denominamos de subjetividade. Esta psicologia parte do entendimento de que aquilo que nos identifica enquanto sujeitos se constrói a partir das nossas experiências no campo da objetividade social, contrapondo-se às dicotomias clássicas da psicologia que separa a realidade interna da externa, o social do individual, combate as concepções naturalizantes de homem e de mundo (Bock, 2007).

A psicologia sócio-histórica parte da premissa de que a própria concepção de adolescência foi historicamente construída pela humanidade como representação e como fato social e psicológico, manifestando um significado compartilhado na cultura e na linguagem que perpassam as relações sociais. A relação estabelecida entre os homens é que oportuniza a gênese dos fatos sociais, a atribuição de significados e conceitos que expressam tais fatos. Ao designar determinadas características à adolescência, estamos atribuindo significações que irão mediar o modo como interpretamos a realidade e que se converterão em referências para a constituição desses sujeitos. Em consequência, não existem características naturais e a-históricas que traduzam o que é adolescência, dado que essas devem ser interpretadas à luz das relações sociais que servem de base para a constituição de cada um (Ozella & Aguiar, 2008).

Considerando que os significados socialmente concebidos atuam na construção da subjetividade humana, torna-se imprescindível compreender quando, como e porque o conceito de adolescência surgiu. Admite-se que embora o conceito de adolescência tenha sido discutido por diversos autores em épocas posteriores, foi no processo da Revolução Industrial que o mesmo começou a ser delineado com maior notoriedade (Heywood, 2004; Manacorda, 1992).

Como já mencionamos, a Revolução Industrial atendeu as necessidades de reprodução ampliada e acumulação do capital. Entre os fatores que favoreceram esta Revolução estão as grandes navegações realizadas por países europeus em busca da exploração de novos

territórios, que se desenrolaram entre os séculos XV e XVII. Essa primeira fase do sistema foi caracterizada pelo capitalismo mercantil. A descoberta de novas riquezas em outros continentes fomentou o desenvolvimento de novas formas de acumulação por intermédio de transações comerciais. A partir de então, a burguesia emerge como uma nova classe social (Netto & Braz, 2006).

Netto e Braz (2006) observam que a revolução burguesa teve início com o nascimento de grupos mercantis e monopolistas que se tornaram centrais na economia entre os séculos XV e XVII. O poder econômico acumulado por essa classe beneficiará a construção de uma hegemonia político-cultural. Ao apropriar-se do poder político com o propósito de defesa de seus interesses econômicos, a burguesia passará a operar a fim de maximizar seus lucros, o que ocasionará profundas transformações nos modos de produção e reprodução social. A adoção de novas tecnologias de produção proporcionará a consolidação da industrialização no século XVIII.

É nesse sentido que Hobsbawm (1977) salientará que o século XVIII é um período histórico inédito em termos do avanço do poder produtivo da humanidade, posto que, pela primeira vez na história das sociedades, foi possível produzir de modo constante e ilimitado, permitindo a acelerada reprodução de homens, mercadorias e serviços. Essa revolução se deu de modo gradual, atingindo seu auge inicial entre os anos de 1780 a 1800. A Revolução Industrial inaugurou a necessidade de oferta de instrução escolar para o domínio da produção nas indústrias e pela crescente preocupação com o aumento da marginalidade constitutiva da vida urbana. As classes médias da Inglaterra, país onde a Revolução Industrial eclodiu, passaram a defender uma educação ampla e determinada separação entre o mundo dos jovens e dos adultos. Assim, como complementa Heywood (2004), a definição de um período prolongado de infância e adolescência passaria a ser melhor delineada.

Lembramos que o século XIX foi marcado pela busca do ideal do progresso. Contudo, Heywood (2004) rememora que as transformações da recém surgida civilização industrial e urbana agitavam o imaginário social conformando uma atmosfera ansiogênica, inclusive em relação ao desenvolvimento físico e moral de crianças e jovens. O declínio das taxas de natalidade e a preocupação crescente com a denominada degeneração humana, fomentada pela realidade da vida urbana, se tornaram preocupação central no ocidente. Como resposta, surgiram instituições com a responsabilidade de tomar conta da educação, da saúde e da moral das novas gerações com vistas a barrar o temido processo de degeneração. Deste modo, o movimento em direção à vida urbana viabilizou uma versão prolongada da infância.

Compartilhando dessas reflexões, Leal e Facci (2014) colocam que no século XX a vida urbana se ampliou significativamente e o conceito de adolescência passou a ter maior visibilidade, conquanto a adolescência seguiu sendo vista como um problema social cingido por explicações naturalizantes e biologizantes, que reduzem este período do desenvolvimento humano a leis universais, desconsiderando os impactos que a vida material tem sobre ele.

Tendo em vista que infância e adolescência são construtos sociais, que apresentam variação ao longo da história, qualquer abordagem que desconsidere esse fato se torna infrutífera (Heywood, 2004). A psicologia sócio-histórica compreende que a infância e a adolescência são categorias socialmente construídas, pois têm como fundamento o materialismo histórico-dialético, pois se concebe que a vida material é sustentáculo da vida social, política e individual dos seres humanos (A. Gomes et al., 2018).

Para os formuladores do materialismo histórico-dialético, Marx e Engels, a existência da matéria é um fato apesar do conhecimento que se possa produzir sobre ela. A matéria passa a constituir o ser humano em decorrência das relações sociais que se concretizam histórica e culturalmente, em um movimento dialético de construção mútua de si e da realidade material histórico-social no qual o sujeito nasce e se desenvolve. Na visão de Marx e Engels, a existência da matéria é um fato apesar do conhecimento que se possa produzir sobre ela. A matéria passa a constituir o ser humano em decorrência das relações sociais que se concretizam histórica e culturalmente, em um movimento dialético de construção mútua de si e da realidade material histórico-social onde o sujeito vive (A. Gomes et al., 2018).

Nesta direção, ao considerar a determinação social da constituição humana, Marx (1857-1858/2011, p. 25) compreendia que “Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles que escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram?”. Nesta toada, ao analisar os fenômenos humanos, a psicologia sócio-histórica dedica-se ao exame das múltiplas relações sociais e dos aspectos históricos e culturais que determinam a vida material de cada sujeito e/ou coletivo, refutando a ideia de que o ser humano possui uma essência natural, dada de antemão. O homem é concebido como um ser ativo, que se constitui no movimento da história, que age sobre as circunstâncias onde vive, produzindo a cultura e sendo modificado por essas (A. Gomes et al., 2018).

Ao agir ativamente sobre o mundo material, o homem humaniza o mundo, pois ao mesmo tempo em que trabalha cristaliza suas aptidões e conhecimentos em seus produtos. A linguagem é um produto da atividade humana, sua apropriação permite ao ser humano produzir o pensamento lógico abstrato. Desse modo, as aptidões e habilidades

especificamente humanas são fruto da atividade humana, ou seja, são adquiridas e não inatas. Os homens internalizam as habilidades que foram cristalizadas pelas gerações anteriores e ao fazerem isso, fornecem para as novas gerações novas habilidades cristalizadas em instrumentos (Bock, 2004).

De acordo com Vigotski (1994 como citado em Bock, 2004), a internalização das funções psicológicas superiores se deu a partir da combinação entre o uso do instrumento (de trabalho) e do signo (atividade psicológica). Essa combinação permitiu que o homem superasse a imediaticidade, mediante a reconstrução interna de uma operação externa. Esse processo de internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas é a base do salto qualitativo da psicologia animal para a humana.

Em sua teoria, Vigotski postulou que a ser humano nasce apenas com um funcionamento psicológico elementar de reações reflexas e associativas simples que se assemelha ao funcionamento de alguns animais. Porém, diferentemente dos animais, os homens são capazes de desenvolver formas superiores de pensamento. As funções psicológicas superiores são atividades psicológicas voluntárias, que são desenvolvidas apenas no homem, entre elas: a memória lógica, memória mediada, criatividade, atenção voluntária e seletiva, pensamento abstrato, consciência, entre outras (Rodrigues & Angotti, 2023).

Tanto para Vygotski quanto para Leontiev, a história do comportamento humano do homem primitivo ao moderno é a história dos signos produzidos pela humanidade. Os signos são instrumentos psicológicos para o domínio de si mesmo e dos outros, construídos de acordo com as necessidades da organização social. Tais signos, como variadas formas de linguagem, se apresentam como instrumentos auxiliares para a memória e servem como instrumentos coletivos para o domínio das condutas humanas. Por conseguinte, a evolução humana não estaria condicionada a leis biológicas, dado que o motor do desenvolvimento humano está justamente no desenvolvimento da sociedade (Tuleski, 2008).

A teoria elaborada por Vigotski, sobre as relações entre o psiquismo humano e o sistema de signos, tem como sustentáculo a leitura marxista da atividade humana de trabalho. Marx considerava que o trabalho seria integrado por três elementos fundamentais: atividade orientada a um fim; os objetos sobre os quais agem os sujeitos e os meios empregados nessa atividade. Com apoio na categoria meios, Vigotski realiza no primeiro momento de sua análise uma analogia entre a função das ferramentas no processo de trabalho e a função dos signos nas atividades humanas. No entanto, Vigotski procede e efetua uma diferenciação, pois os signos são utilizados pelos indivíduos para agir sobre os processos psíquicos e o comportamento de outras pessoas ou de si mesmo. A relação entre signos e ferramentas não é

compreendida de forma isolada, na medida em que ao usar ferramentas o sujeito transforma suas capacidades físicas e mentais. Os signos são responsáveis pela realização de ações que podem transformar os objetos. Logo, os seres humanos criam ferramentas para intervir sobre os fenômenos da natureza e os signos para desenvolver o autocontrole. Na busca pelo domínio da natureza o homem aprendeu a dominar a conduta humana, ao colocar os processos naturais ao serviço, o homem ampliou o seu grau de liberdade (N. Duarte et al., 2021).

A busca pelo atendimento das necessidades sociais sucede para além do necessário para a sobrevivência, e a complexificação da atividade humana tem como efeito a complexificação dos signos (N. Duarte et al., 2021). As necessidades humanas concretas se vinculam à sobrevivência social, em cada período histórico e todas as funções psicológicas superiores e suas relações encontram-se nas relações sociais concretas que as produziram (Tuleski, 2008).

Os signos dos quais crianças e adolescentes se apropriam ao longo de sua vida, não são por eles criados, pois já existem na cultura como resultantes da prática social (N. Duarte et al., 2021). Com isso queremos anotar que o processo de humanização do homem tem sua gênese nas práticas sociais e coletivas, e é a partir das interações interpessoais que os homens transmitem a cultura e seus conhecimentos. Desta forma, o processo de aprendizagem ganha destaque no desenvolvimento das funções psíquicas superiores (Rodrigues & Angotti, 2023).

Ao tentar compreender o processo de desenvolvimento do psiquismo humano, Leontiev (1978) se utilizou das categorias atividade, consciência e personalidade. Para ele, a psicologia tendeu a conceber a consciência como produto da natureza, uma visão errônea, pois a consciência é produzida socialmente. Para o autor, a compreensão da gênese do psiquismo, em uma base material, não deve excluir o estudo da atividade. As categorias consciência, atividade e personalidade só podem ser pensadas a partir do reflexo psicológico e sua inseparabilidade dos momentos que dão origem a ele e o medeia na atividade humana. A consciência é um movimento interno específico gerado pelo movimento da atividade do homem. Deste modo, Leontiev pesquisou para entender como o desenvolvimento da própria atividade humana, seus motivos e meios transformam as necessidades do homem e fomentam novas necessidades que afetarão a sua existência como uma personalidade.

A consciência seria para Leontiev (1978) uma forma superior de reflexo da realidade. Esse reflexo surge e se desenvolve nos processos de desenvolvimento de laços reais do sujeito com o mundo humano. O princípio explicativo da consciência reside nas condições e modos sociais da atividade de trabalho, pois o homem se produz ativamente ao produzir algo. A atividade humana é um processo histórico e social e o homem se humaniza apenas no

processo e execução da atividade humana. O pensamento só existe em relação ao conhecimento acumulado e aos métodos de atividade do pensamento elaborados pela humanidade. Em síntese, a consciência individual só existe a partir da consciência social e da apropriação de signos como a linguagem.

Uma determinada atividade só pode ser realizada pelo direcionamento de um objeto, sendo ela resultado do encontro da necessidade com um objeto. A origem das necessidades humanas não se restringe a necessidades biológicas, mas pode ser explicada pelo fato de que a sociedade humana produz objetos necessários e, em consequência, novas necessidades são criadas. A compreensão das necessidades é fundamental para a compreensão do que motiva os sujeitos a agirem, pois, a atividade só pode ser evocada por um motivo ou necessidade. A função da atividade é a de “confiar o sujeito a uma realidade objetiva e transformar essa realidade em uma forma de subjetividade” (Leontiev, 1978, p. 53).

O autor postula que as características psicológicas da consciência individual podem ser compreendidas somente em suas conexões com as relações sociais. Então, esse psicólogo se debruçou no estudo do significado social e do sentido pessoal. Os significados criados pela atividade humana são representações sociais da realidade que se movimentam do plano extrapsíquico para o intrapsíquico graças à atividade externa com objetos materiais. A interiorização dos significados concretos, inicialmente relacionada diretamente a objetos, mais tarde formam significados e conceitos abstratos que se inscrevem na atividade mental interna. De outro lado, o sentido pessoal diz respeito à relação objetiva entre o motivo da atividade e a finalidade imediata da ação. Então, o sujeito se apropria de significados sociais e os conecta com a realidade de sua própria vida. Em uma sociedade de produção, os significados e os sentidos podem assumir na consciência um caráter de alienação em razão da divisão social entre detentores dos meios de produção despossuídos, que fragmenta a consciência humana. Em um modo de produção no qual o trabalhador não se reconhece em sua atividade de trabalho, sua atividade se orientará somente por motivos que permitam a reprodução do capital, a sua sobrevivência, mas não a sua autonomia (Leontiev, 1978).

A atividade é uma categoria central na psicologia histórico-cultural e na psicologia sócio-histórica, que ao analisarem o desenvolvimento humano determinam que ao longo do desenvolvimento as funções psicológicas dos sujeitos são direcionadas por atividades dominantes. A atividade dominante é aquela cujo desenvolvimento condiciona as principais mudanças nos processos psíquicos da criança e as particularidades psicológicas de sua personalidade num dado estágio de desenvolvimento. A atividade dominante possibilita o surgimento de novos tipos de atividade no interior de sua estrutura; a formação ou

reorganização dos processos psíquicos (neoformações), produzindo as principais mudanças psicológicas na personalidade infantil em cada fase. “O significado atribuído a à atividade corresponde ao modo pelo qual a criança estabelece relações com a realidade externa, tendo em vista a satisfação de suas necessidades” (Leontiev, 1978 como citado em Tuleski & Eidt, 2017).

A dinâmica do desenvolvimento alterna períodos de estabilidade e períodos de crises. Os períodos de crise se originam de modo imperceptível, não sendo de fácil determinação seu início e fim, resultando, porém em um ponto culminante da crise em todas as idades críticas, que permitem a diferenciação das etapas estáveis do desenvolvimento infantil. A crise é indício de necessidade de continuidade do processo de desenvolvimento, pois a situação social de desenvolvimento deve ser modificada, a fim de incorporar novos ganhos, e esses ganhos por sua vez produzirão outra neoformação, a reorganização do comportamento e nova crise (Tuleski & Eidt, 2017). Os períodos de crise demarcam uma necessidade de viragem e, é comum a perda dos interesses que antes orientavam a atividade dos indivíduos (N. Duarte et al., 2021).

N. Duarte et al (2021) colocam que a adolescência é uma fase de desenvolvimento e fenômeno cultural que tem como atividade dominante a comunicação pessoal íntima, a atividade de estudo que busca desenvolver a formação de conceitos científicos. A comunicação pessoal íntima é um modo de reproduzir entre os adolescentes as relações existentes entre os adultos, permitindo a elaboração de pontos de vista gerais sobre a vida, sobre o futuro, bem como sobre as relações entre as pessoas. Destarte, forma-se a autoconsciência como consciência social internalizada.

As relações sociais entre os adolescentes reproduzem em seu conteúdo objetivos as normas gerais das inter-relações existentes entre os adultos em uma dada sociedade. Os adolescentes passam a ter adultos como modelo e a imitá-los. A imagem que o adolescente terá de si e de seu futuro tem base nas relações sociais entre colegas e adultos. A formação da concepção de mundo pelo adolescente é problemática, pois vive em uma sociedade alienada e os adultos que deveriam ser um modelo mais desenvolvido lhe ofertam visões de mundo alienadas (N. Duarte et al., 2021).

No que concerne à atividade de estudo e ao desenvolvimento dos conceitos científicos, o adolescente passa a preparar-se para o futuro. Ele começa a descobrir o conhecimento científico e passa a interessar-se. As disciplinas na escola podem passar a ser valorizadas de acordo com a futura profissão. A formação de uma individualidade livre e universal depende da oferta dos conteúdos mais elaborados pela humanidade como a ciência, as artes e a

filosofia, dado que esses contribuem para uma relação cada vez mais consciente com a cotidianidade mediada por essas produções humanas. A educação deve visar aumento na independência do adolescente, a fim de que aprenda a organizar suas tarefas a seu tempo, e os meios para resolver suas atividades. Contudo, tal desenvolvimento é dependente da qualidade da educação escolar (N. Duarte et al., 2021).

Como vimos reiterando, a origem da adolescência é uma construção social que está vinculada aos meios de produção capitalistas. Nessa perspectiva, a crise vivida na adolescência não é vista como negativa, mas como um fenômeno que anuncia um movimento de saltos qualitativos no desenvolvimento psíquico (De Melo et al, 2024). A crise atribuída à adolescência está muito mais associada às necessidades do capitalismo, que no início de seu processo não diferenciava a idade dos trabalhadores e contava com as extensas jornadas de trabalho de crianças e adolescentes. Com o já sinalizado desenvolvimento do sistema capitalista industrial, houve afastamento desses sujeitos, com os objetivos de aumentar as vagas no mercado e a qualificação em virtude da complexificação da atividade produtiva. Em consequência, surgiu o conceito de adolescência no início do século XX - a construção social que foi expandida dos ideais burgueses para qualquer classe social. As crises pertencentes ao período, na realidade, é efeito do retardamento da inserção desses jovens na atividade de trabalho, embora muitos sejam capazes de desempenhar várias funções sociais, são impossibilitados de fazê-lo (Melo et al., 2024).

A narrativa ideológica de que as crises e conflitos são de ordem natural e universal mascaram as contradições do sistema capitalista. Enquanto os filhos das classes dominantes têm o direito de prolongar seus estudos, os da classe trabalhadora entram mais cedo no mercado de trabalho, muitas vezes em condição informal. Porém, o ideário de que na adolescência os conflitos são naturais aparecem nos discursos sociais e são perpetuados nos comportamentos. Em síntese, criou-se uma leitura da adolescência deslocada das condições concretas de existência (Melo et al, 2024).

Em acréscimo, Vygotsky (1930) destaca que a sociedade não é um todo uniforme pela subdivisão em classes sociais, e assim também se difere a composição das personalidades humanas. As contradições internas que se apresentam nos diferentes sistemas sociais se expressam no tipo de personalidade e na estrutura psíquica humana em cada período histórico. A gênese da sociedade de classes é suscitada pelo crescimento da sociedade capitalista industrial. A divisão extrema entre trabalho intelectual e físico, a exploração do trabalho da criança e da mulher, as limitações impostas em desigualdade e pobreza que impedem o desenvolvimento livre e completo do pleno potencial humano, quando há do outro lado o ócio

e o luxo. Desse agudizado contraste se origina um desenvolvimento unilateral em todas as diferentes variantes do tipo humano.

Para reafirmar o essencial, anotamos que, embora a adolescência seja um período apontado como sendo de crise nas sociedades atuais, essa compreensão na verdade é produto das transformações do sistema capitalista de produção. O uso de expressões biologizantes para se referir a tal período é vantajosa para este sistema, pois ao mesmo tempo em que serve para retardar a entrada no mercado de trabalho, mascara as contradições sociais que são responsáveis por garantir ou impedir o desenvolvimento humano. Ao dissimular as mediações, o sistema capitalista segue inquestionado no que tange ao seu papel no desenvolvimento unilateral do ser humano, dado que a personalidade e o comportamento humano estariam inscritos no aparato biológico individual.

Como este trabalho não se fundamenta em visões biologizantes de adolescência, e procura compreender como foram se construindo as diversas infâncias e adolescências na formação social brasileira; na próxima subseção nos debruçaremos sobre concepções de criança e adolescentes na história do Brasil desde a época do “descobrimento” até os dias atuais, discutindo posteriormente sobre o modo como a visão hegemônica de desenvolvimento humano e adolescência perpassa a produção do conhecimento e subsidia políticas públicas pensadas para esse público.

3.2 Adolescências: particularidades históricas da infância e adolescência na formação social brasileira

Em suma, ao voltarmos nosso olhar para a análise da construção da infância e adolescência brasileira ao longo da história angariamos elementos para compreender, como nesta realidade particular se desenvolveu o conceito de infância e adolescência, bem como a noção de que era preciso socialmente protegê-las. Acreditamos que estas reflexões preparam o terreno para compreendermos como a história da constituição do nosso povo tem rebatido sobre o campo do álcool e outras drogas, com projetos mais voltados para enfrentamento do que para à atenção em saúde/saúde mental.

Diferentes “infâncias” e “adolescências” podem coexistir em um mesmo tempo e lugar. Contudo, o apagamento desta existência pode ser confirmado, inclusive, pela ausência de registros sobre elas e sobre o que produz a diversidade. Ramos (2010) afirma que apesar de o Brasil ter sido habitado por povos indígenas muito antes das grandes navegações, o registro escrito da história destas crianças e adolescentes brasileiros data apenas do século XVI,

quando as embarcações portuguesas “descobriram” o Brasil e iniciou-se o processo de colonização.

No processo de colonização, as crianças europeias embarcavam nas grandes expedições na condição de grumetes, pajens, como “órfãs do rei”, enviadas para se casarem com os súditos da coroa, ou como passageiros em companhia de familiares. De acordo com Ramos (2010), a violência contra crianças e adolescentes nessas embarcações era banalizada e até mesmo os abusos sexuais cometidos por integrantes da tripulação eram tolerados. Nem mesmo as crianças acompanhadas por familiares escapavam à violência.

Ramos (2010) relembra ainda que na Idade Média a taxa de mortalidade infantil era alta em toda Europa. Entre os séculos XIV e XVIII aproximadamente metade dos nascidos vivos morria antes de completar sete anos. Já a expectativa de vida das crianças portuguesas era de cerca de 14 anos. Essa condição delineava as relações entre adultos e crianças, sendo exemplar o fato de o trabalho infantil se apresentar como uma dupla solução para as famílias das classes populares: era ao mesmo tempo uma forma de aumentar a renda familiar e de diminuir as despesas com o sustento dos pequenos.

Em ocorrências como naufrágios, saques e surtos de doenças, as crianças eram sempre as mais afetadas. Nas embarcações, entre os séculos XIV e XVII, doenças como caxumba e escorbuto eram comuns e dizimavam, sobretudo, as crianças das classes subalternas. Em caso de naufrágio, a prioridade era o embarque dos membros da nobreza e oficiais de embarcação e todos os mantimentos que pudessem levar. Em ocasião de saques piratas às embarcações portuguesas, principalmente as crianças de classe subalterna eram escravizadas. As meninas eram vendidas aos bordeis no mercado pirata das Antilhas ou da Ásia (Ramos, 2010).

Na perspectiva da época, as crianças eram obrigadas a se adaptar ao mundo adulto. Meninos de nove anos eram capacitados para o trabalho pesado e eram nada mais do que animais cuja mão de obra deveria ser aproveitada até o último suspiro. Não podemos perder de vista ainda que os relatos sobre o cotidiano dos povos originários perpassam o olhar dos colonizadores portugueses, especialmente mediante de religiosos católicos que aqui chegaram. Chambouleyron (2010) acrescenta a este debate informando-nos que os primeiros padres portugueses chegaram no Brasil em 1549, sob o comando do padre jesuíta Manoel de Nóbrega. Os escritos dos padres enviados aos seus superiores da “Terra de Vera Cruz” até Portugal são importantes documentos que revelam o olhar sobre os hábitos dos povos originários e como empreenderam a catequização dos indígenas. Essa era a principal preocupação dos religiosos jesuítas: transformá-los em cristãos e para tanto, ocuparam-se da formação das crianças e adolescentes indígenas. Os padres focalizavam mais as intervenções

com as crianças em razão da dificuldade da evangelização dos adultos pelos hábitos culturais já arraigados. Deste modo, construíram escolas cujo ensino era direcionado a indígenas, mestiços e filhos de portugueses.

O ensino religioso coloca Chambouleyron (2010) compreendia o ensino de música e a participação das crianças e adolescentes em ritos da Igreja Católica e ensino dos seus valores. O ensino do canto, da música e da dança eram ferramentas que possibilitavam a introjeção dos valores cristãos e a dissolução de costumes que divergissem do que era pregado pelos jesuítas. As crianças e adolescentes eram encorajados a delatar e repreender os costumes dos próprios pais e quando passavam a execrar sua cultura e na educação dos meninos indígenas e na evangelização dos adultos, os padres priorizaram a aplicação de vigilância constante, da delação e dos castigos corporais. A conversão era imposta mediante a instauração do temor. Nas aldeias administradas por jesuítas havia tronco e pelourinho para castigar publicamente os meninos que fugissem da escola.

Parra (2016) coloca que no início do Período Colonial, século XVI, os europeus tentaram escravizar os indígenas, porém, a alta mortalidade, as fugas para o interior do continente e as guerras inviabilizaram o processo de escravização em larga escala. Como artifício, os portugueses se aproveitaram da prática das tribos africanas de escravizar seus oponentes em guerras tribais. Segundo o autor, por volta de 4 milhões de africanos escravizados foram deslocados da África para o Brasil e as crianças africanas representavam cerca de 5% dos africanos nos navios negreiros.

No compasso dessa história, a infância das crianças escravizadas foi sendo dividida em duas partes: do zero aos sete-oito anos, não desempenhavam atividades de tipo econômico. Dos sete-oito anos até os 12 “deixavam” de ser criança para entrar no mundo do trabalho como aprendiz. O que vemos é que, em consequência das imposições de ordem social e econômica, a distinção entre infância e a adolescência ocorria para alguns, bem antes dos 12 anos (Mattoso, 1988). No período entre 12-14 anos se iniciava a passagem das crianças escravizadas para a vida adulta (Rossini, 2019). A divisão social do trabalho aos poucos foi sendo baseada na idade e sexo, e registros da região de Minas Gerais, por exemplo, evidenciam que muitos meninos trabalhavam na agricultura e as meninas na tecelagem (Lewkowics et al, 2008).

Entre outras particularidades históricas da infância e adolescência na formação social brasileira as que envolvem a questão racial merecem ser anotadas. Mott (1989) lembra que a partir de certa idade a criança escravizada entrava compulsoriamente no mundo do trabalho. Habitualmente as crianças acompanhavam suas mães ao campo e realizavam pequenos

trabalhos. Já as que ficavam nas casas dos proprietários eram encarregadas da prestação de serviços particulares ao senhor e seus familiares. Nas propriedades rurais era comum crianças de oito anos serem enviadas para trabalhar nas plantações e no cuidado com os animais.

A própria identidade da criança negra escravizada se realizava mediante a atividade de trabalho. O sobrenome das crianças era dado de acordo com as funções que desempenhavam. “Se o ofício era na roça, ele recebia um sobrenome (Chico Roça), se era pastorear animais (João Pastor), se era trabalho doméstico (Ana Mucama)” (Góes & Florentino, 2008, p. 180).

Mott (1989) continua refletindo que embora existam relatos de que as crianças até os sete anos convivessem como parte da família de seus senhores, estas eram vistas como objetos com os quais os seus donos podiam brincar e se divertir. As crianças escravizadas que reagiam contra os abusos cometidos pelos filhos dos senhores padeciam com castigos impostos pela família proprietária. A rotina da criança escravizada era marcada por inúmeras formas de maus-tratos, como separação de seus familiares, trabalho duro e castigos rígidos.

No século XVIII, época em que a atividade de mineração se destacou no estado de Minas Gerais, registros apontam que a idade de 15 anos equivalia à idade adulta. Entre 15 e 24 anos era a idade na qual o homem escravo era mais valioso, em razão da maior capacidade de trabalho na mineração. Escravos com idade inferior aos 15 anos eram desvalorizados, pois tinham um campo de trabalho limitado. Nas listagens de trabalhadores das minas havia um número considerável de menores de 15 anos de ascendência africana. Por outro lado, a partir dos 35 anos o escravo era considerado idoso. Naquele contexto, o trabalho nas minas era árduo e a expectativa de vida útil dos escravos era de sete anos, sendo que a atribuição da idade era aleatória e baseada na aparência física (Scarano, 2010).

A escravidão nas colônias serviu como alavanca para o desenvolvimento do capitalismo industrial das grandes metrópoles. A partir da revolução burguesa da Inglaterra (1642/1653), a evolução da economia oportunizou a substituição das relações pré-capitalistas e a continuação prolongada da escravidão tornou-se um obstáculo para o desenvolvimento da economia inglesa, dado que o continente africano se converteu em um mercado interessante para as manufaturas britânicas. Como efeito, a Inglaterra empreendeu uma campanha a favor do fim da escravidão, exigindo que outros países como o Brasil a acatassem. Apesar dos protestos do governo brasileiro, tiveram que ceder diante da hegemonia econômica e política inglesa e, em 1850, foi promulgada uma lei pelo ministro Eusébio de Queirós, visando o fim do tráfico de escravos (Moura, 1981).

Nessa direção, Scudder (2017) defende que a abolição não ocorreu meramente como um movimento das elites brancas que passaram a considerar a mão de obra da população

negra escravizada obsoleta. A autora cita que as lutas contra a escravização se iniciaram no seio do próprio colonialismo, advertindo-nos que a população negra não aceitou a escravização de modo passivo. Esta população resistiu e encabeçou enfrentamentos cotidianos, “nas táticas elaboradas no espaço do próprio corpo e no corpo de uma coletividade, nos suicídios, abortos, associações e irmandades negras, compras de alforrias, etc.” (p. 158). A revolução dos negros no Haiti despontou como um dos principais movimentos por liberdade tendo como protagonistas os negros escravizados na América.

Moura (1981) observa que o movimento abolicionista abarcava duas alas. A ala moderada tinha como método a reivindicação apoiada na ideia de persuasão da opinião pública. Essa ala apenas incorporou em sua campanha a simples modificação jurídica, sem a participação ou engajamento da população negra. Do outro lado, a ala radical liderada por Luiz Gama, mais voltada para as atividades cotidianas dos próprios escravos do que para as questões jurídicas, organizou a luta e fomentou a resistência dos escravizados contra o sistema escravagista, recorrendo a fugas, compra de alforria etc.

Avançando no resgate de parte da história das crianças em nosso país, Marangoni (2011) nos recorda que a abolição da escravatura ocorreu apenas no final do século XIX, somando mais de três séculos de escravidão. Contudo, após a abolição as práticas escravistas não foram imediatamente eliminadas e a população escravizada foi lançada à própria sorte, ao mesmo tempo em que se dava o esfacelamento das bases do sistema de produção escravista e sua substituição pelo trabalho livre e assalariado trazendo à cena os imigrantes europeus.

Rios e Mattos (2004), por sua vez, relembram que na conjuntura pós-abolição anunciava-se a maior parcela da população liberta, duas possibilidades de sobrevivência: a estabilidade via contratos informais e flexíveis, ou uma extrema mobilidade de famílias ou homens dependentes do regime de trabalho sazonal. No primeiro caso, as famílias permaneciam nas propriedades dos patrões e o contrato poderia se tornar permanente. No segundo, as famílias e homens eram nômades que habitavam moradias coletivas e precárias. Muitas vezes essas pessoas dependiam da comida fornecida pelas cozinhas da fazenda, o que era cobrado, ocasionando uma redução do salário. A migração de pessoas libertas para as cidades se dava a convite de algum familiar, ou no caso das mulheres, muitas eram empregadas no serviço doméstico ofertado por famílias conhecidas na região de origem.

Ao longo do processo de emancipação do país, as elites se preocuparam em definir quem poderia ser considerado cidadão (Rios & Mattos, 2004). Ante a contradição gerada entre o pensamento liberal e a posse de colônias perpetuada pela maior parte das potências europeias, foi indispensável formular justificativas para continuar subjugando e explorando o

povo. Assim, produzia-se um contexto favorável para disseminação de teorias racistas que afirmavam a superioridade intelectual, moral e física do branco europeu (Marangoni, 2011).

Marangoni (2011) relembra que um dos principais precursores das teorias racialistas do século XIX foi o conde francês Arthur de Gobineau que, em 1855, publicou seu *Ensaio sobre a desigualdade das raças humanas*, defendendo que povos inferiores não poderiam ter os mesmos direitos que os europeus. A suposta superioridade racial europeia passaria a legitimar a ordem imperial e garantir a continuidade da super-exploração econômica das matérias-primas das colônias que sustentavam o funcionamento da economia internacional. De tal modo, a explicação determinista para a dominação de classe foi se globalizando e a concepção de liberdade, igualdade e fraternidade estaria disponível somente aos brancos.

Segundo a autora, as teorias racialistas foram disseminadas no Brasil, país povoado por notória parcela de negros ex-escravos. Essa população passou a ser discriminada pela sua cor, e classe social, pois se tornaram os pobres deserdados da República. O número de desocupados, trabalhadores temporários, mendigos e crianças abandonadas cresceu exponencialmente durante o período que se seguiu à Proclamação da República. Naquele contexto, o aumento da violência urbana era anunciado com frequência pela imprensa e a resposta foi a crescente repressão do estado contra a população empobrecida. Ainda, diz Marangoni (2011), o regime republicano não obteve êxito em democratizar a sociedade ou viabilizar maior mobilidade social. O poder das estruturas oligárquicas continuava a integrar os quadros políticos, sem a intenção de modificar a estrutura elitista e excludente vigente. O desfecho do sistema escravista foi a conformação de uma sociedade injusta e desigual, na qual principalmente os negros se mantiveram como as maiores vítimas da violência e da discriminação.

A ascensão da República no Brasil teve sua inspiração na Revolução Francesa, ocorrida no final do século XVIII. A queda do regime monárquico na França, encabeçada pela burguesia, repercutiu em diversos países, inclusive no Brasil. O lema positivista erigido pelo filósofo Augusto Comte, de *ordem e progresso*, foi estampado na bandeira nacional e o primeiro hino da República foi a Marselha francesa. Assim como na França, uma das metas basilares era a modificação da herança educacional da monarquia (Camargos, 2003). A nova educação deveria dar conta de formar um novo homem, que pudesse conduzir a revolução adiante, de acordo com os princípios liberais e burgueses. Naquele momento, a escolarização aparece atrelada ao trabalho, devendo preparar os futuros trabalhadores da nação. Assim, a escola pública brasileira que começa a se compor no século XIX é uma herança do modelo francês (Boto, 2003).

Boarini (2012), ao se debruçar sobre nuances do período republicano, observa que a despeito do seu aparente otimismo, o incipiente processo de industrialização causou o agrupamento de pessoas nos centros urbanos de modo desordenado e precário. A falta de infraestrutura, a indisponibilidade de água potável, a falta de saneamento básico, o excesso de trabalho, a alimentação deficiente, as moradias insalubres, os cuidados básicos inadequados de higiene ou sua ausência afetavam a maioria da população, produzindo a emergência das mais variadas doenças. Ao enfrentar estas mazelas, cresceu o movimento que ficou conhecido como Movimento Higienista.

Lembra Boarini (2012) que a infância foi um dos segmentos mais afetados pelas questões sanitárias da época, que se refletia nas altas taxas de mortalidade infantil. Em 1930, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era estimada em 168% (168 por mil crianças nascidas vivas), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nesse sentido, a autora coloca que tal cenário não condizia com os planos da elite política e intelectual republicana. A meta de uma grande nação forte não se materializaria sem o aumento de cidadãos sadios e disciplinados para o mundo do trabalho. A mentalidade do Brasil colonial de que trabalho era atribuição apenas de escravos deveria ser modificada pela máxima de que o trabalho dignificaria o homem, proporcionaria o bem-estar material e o progresso da nação. Para tanto, seria premente incutir no povo brasileiro a disciplina necessária para a construção de uma sociedade moderna, fundamentada agora no trabalho livre.

Como já abordamos, as teorias racialistas serviam para justificar a exploração capitalista de outros povos pelos europeus que irão continuar em voga durante o período republicano. O povo brasileiro por sua composição racial diversa será considerado um povo degenerado. A teoria racialista que na época direcionou as intervenções em múltiplos países, inclusive no Brasil foi denominada de Eugenia, pelo matemático inglês Francis Galton, que se baseou na teoria evolucionista de seu primo Charles Darwin, biólogo que postulava que as características adquiridas por uma geração eram transmissíveis às gerações subsequentes (Bizzo, 1994).

Ao observar que filhos de médicos e advogados geralmente seguiam a carreira de seus pais, e que filhos de pobres continuavam pobres, Galton concluiu que esse fato se devia à transmissibilidade genética, sem ao menos questionar as diferenças de condições materiais de desenvolvimento humano. Destarte, Galton elaborou a teoria do eugenismo que pretendia a melhoria das raças por intermédio da defesa da pureza das raças (Bizzo, 1994).

Bizzo (1994) afirma que as teorias racialistas, que foram concebidas para justificar a exploração capitalista de outros povos pelos europeus, seguirão em voga durante o período republicano. O povo brasileiro por sua composição racial diversa será considerado um povo degenerado e a eugenia sustentará produções científicas e direcionará intervenções em múltiplos países, inclusive no Brasil. Como já relatamos, baseando-se na teoria evolucionista a eugenia defendia que da pureza da raça dependia a grandeza de um povo. Ao enfatizar a transmissibilidade genética, contribuiu-se para que as desigualdades sociais seguissem inquestionadas.

Em 1857, o psiquiatra Bénédict Augustin Morel (1809-1873) formulou o conceito de degeneração, concebendo que as doenças mentais possuíam componentes biológicos e genéticos, com tendência ao agravamento à medida que eram transmitidas de geração para geração. A teoria eugênica e a teoria da degenerescência, de vieses puramente positivistas, biologicistas e racistas, ganharam forças no Brasil no fim do século XIX e início do XX, sendo alçadas por intelectuais de diferentes áreas, mas sobretudo do campo da medicina (Bizzo, 1994).

Zaniani (2008) coloca que o Movimento Higienista, iniciado anteriormente, desdobrou-se no Movimento de Higiene Mental. Em 1923, foi fundada no Rio de Janeiro a “Liga Brasileira de Higiene Mental” que tinha como objetivo inicial prevenir as doenças nervosas e mentais, mas que ampliou significativamente seu raio de atuação, procurando difundir seu ideário por diferentes vias: fosse pela elaboração de folhetos de propaganda, fosse ministrando cursos e palestras. Ademais, a Liga também criou o periódico Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, cujas edições perpassaram os anos de 1925 até 1947.

A autora nos instiga a refletir sobre como naquela época crianças e adolescentes passaram a ter idealmente um novo *status* social: o de futuro da nação. No início do século XX, as intervenções dos higienistas focalizavam a criança e sua família e não se restringiam à mudança de hábitos que pudessem melhorar a saúde física, mas intentavam garantir o desenvolvimento moral e mental das crianças, até mesmo porque “não havia uma dissociação clara entre a higiene do corpo e a higiene mental” e o próprio “quadro sanitário que se instalara estava associado à moralidade do povo e aos comportamentos indispensáveis à manutenção da ordem tão almejada” (p. 50).

Outrossim, Zaniani (2012) lembra que as condições de vida das classes subalternas continuavam precárias e a pobreza ficava mais perceptível com o movimento de expansão urbana. Com o aumento do número de crianças pobres perambulando pelas ruas das cidades, as classes sociais dirigentes testemunhavam o aumento das doenças e da criminalidade.

Alguns higienistas chegavam a afirmar que apenas os mentalmente doentes se envolveriam com a criminalidade. De acordo com muitos, os higienistas que se envolviam com atos criminosos deveriam ser separados entre a criança normal e a incorrigível. A normal era aquela que realizava atos criminosos por graves erros educativos, enquanto a incorrigível era a que não respondia às ações educativas e terapêuticas. Para as últimas não deveriam ser descartadas medidas preventivas como a esterilização e a institucionalização.

Tecendo críticas à obra “Ordem médica e norma familiar”, de autoria do médico e professor Jurandir Freire Costa, Patto (1996) lembra que a partir do século XVIII as cidades brasileiras teriam se convertido em cerne de disputas entre a coroa portuguesa e grandes proprietários locais que passaram a organizar as cidades segundo seus interesses privados. A chegada da Coroa portuguesa ao Rio de Janeiro deparou-se com problemas de ordem demográfica e a necessidade de implantação de um novo ritmo econômico vinculado aos interesses do capitalismo europeu, principalmente o inglês, em resultado das disputas e as necessidades desse capitalismo as deficiências urbanas da cidade se intensificaram. A estratégia da Coroa e do capital inglês na defesa de seus interesses se ancorou na modificação dos padrões rurais e coloniais de comportamento das famílias detentoras do poder local. A medicina higiênica se apresentou como instrumento para transformação da família colonial em família colonizada. Apesar da resistência, as famílias da elite econômica e local cederam à dominação estatal via “reeuropeização” da sociedade, com interesse de classe em fazer parte da nova ordem econômica e política.

Patto (1996) observa que a formação da cultura intelectual brasileira se fundamentou na apropriação de ideias gestadas em países europeus, muito distantes da realidade brasileira. Ainda assim, correntes de vanguarda da burguesia europeia motivaram a produção intelectual que forjou as bases da cultura erudita em nosso país. O estabelecimento da Corte no país criou condições sociais e psicológicas para a disseminação do desejo de parecer europeu mediante a reprodução de usos e costumes da aristocracia portuguesa e dos padrões ditos civilizados dos franceses. Dessa feita, alicerçaram as bases para o descompasso entre a realidade do atraso e da barbárie das relações de produção locais e as aspirações aristocráticas que irão atravessar todo o século XIX. A autora nos lembra que a realidade brasileira oitocentista, na qual grande parcela da população, era escravizada ou vivia de favores, não comportava os ideais europeus progressistas em razão da dominância de relações sociais que refutavam os princípios elementares das concepções burguesas de democracia e progresso. Apesar disso, a defesa da objetividade e da racionalidade do espírito científico e a equanimidade do espírito liberal permaneciam intocáveis. Deste modo, a medicina higiênica com suas altas pretensões

científicas e civilizadoras coexistia em sintonia com a insalubridade das cidades, com a escravidão, com a tortura de trabalhadores e com os maus-tratos às crianças.

Zaniani (2012) acrescenta que no início do século XX, os higienistas acompanharam a tendência liberal de interpretação dos fatos sociais, posto que alguns defendiam que fatores econômicos e sociais não eram responsáveis pela nova realidade urbana brasileira. A criminalidade, por exemplo, era interpretada a partir da dimensão biológica como tendo fundo genético. Os higienistas travaram uma grande cruzada para alertar sobre os impactos negativos que um contexto vicioso poderia acarretar no desenvolvimento infantil, elaboraram estudos sobre a higiene mental fornecendo fundamentos teóricos utilizados para justificar suas intervenções perante as problemáticas relacionadas à infância e adolescência. Diante da complexidade de fatores que favoreciam o crescimento criminalidade infantil desenvolveram dispositivos de intervenção no âmbito educativo, legislativo, judiciário e institucional para lidar com a problemática. Tais dispositivos realizavam uma diferenciação entre crianças abandonadas e delinquentes e criminosas.

No período republicano havia grande preocupação com a criminalidade e a defesa de uma legislação para infância que definisse entre outras coisas os limites da maioridade penal. O Código Penal Republicano não considerava criminosos aqueles menores de nove anos completos, os maiores de nove anos e menores de 14 anos que não tivessem consciência dos atos cometidos. Deste modo, a aplicabilidade da lei considerava se o menor havia agido propositalmente de má fé. Nota-se que as intervenções divergiam de acordo com a visão da criança indefesa, vítima de pais negligentes ou de criança que cometia atos tendo consciência e motivação interna para o desvio (Zaniani, 2012).

A investida higienista sobre a infância, a preocupação com os vícios e seu aventado potencial efeito degenerador, motivou as campanhas antialcoólicas contra o que nomeavam como o maior flagelo humano de todos os tempos. Nesta empreitada, o médico Arthur Moncorvo Filho (1871-1944) foi um dos mais importantes higienistas da época, alardeando que o alcoolismo estava entre os principais males a serem combatidos, na busca pela ordem pública, em favor do progresso da nação e da proteção à infância. Moncorvo Filho recorreu às propagandas, que chamavam atenção pela exibição de cenas impressionantes e com estatísticas que apontavam o álcool como grande impulsionador da degenerescência, da criminalidade e da loucura. A partir de 1927, a Liga passou a organizar anualmente “Semanas Antialcoólicas” e Moncorvo Filho era um dos exímios defensores, que encabeçou seguidas campanhas contra o álcool e entre as medidas defendiam a educação preventiva nas escolas em todos os níveis de ensino (Ramos, 2012).

Mirando educar higienicamente os pais, mas sobretudo buscando inculzir hábitos saudáveis nos filhos, em suas campanhas Moncorvo Filho lançava mão de dados, segundo ele, levantados na prática médica, para alardear que nos contextos onde se somavam os vícios haveria maior probabilidade da emergência de anormalidades mentais, associando-os às deficiências, à paralisia cerebral, a micro e hidrocefalia, bem como a outros problemas no desenvolvimento intelectual e moral. Idealizava inculzir hábitos abstêmios na população, acreditando que a infância era o melhor momento para isso. De tal modo, observamos que os higienistas aludiam que o consumo da aguardente, que era à época deveras barata, retirava o operário das fábricas, incapacitava a força produtiva e ainda gerava gastos com a recuperação da saúde, porquanto inúmeras doenças eram a ela atribuídas (Zaniani, 2008).

As particularidades da história da assistência à infância no Brasil revelam que os higienistas acompanhavam a tendência liberal de interpretação dos fatos sociais: o homem seria livre e responsável por seus fracassos e desvios. Logo, os higienistas reforçavam a dissociação da realidade material do país, dos fatores econômicos e sociais. Reiteravam que o uso de substâncias dependia de escolha individual, culpando os sujeitos pelos problemas que poderiam decorrer desse consumo e defendendo que, afastar a criança e adolescente dos perigos do ócio e do vício, favoreceria o crescimento do cidadão autônomo, do trabalhador ordeiro e disciplinado, consonante com as demandas de um capitalismo crescente (Zaniani, 2008).

Nesta seara, viam a escola como instrumento de propagação dos costumes civilizados, mediadora da higienização dos corpos e das mentes. Apontavam que o estado deveria assegurar às crianças e aos adolescentes o mínimo para a sua conservação e conversão em trabalhadores produtivos à nação. O processo de industrialização exigia trabalhadores mais qualificados e a criação do ensino pré-vocacional e profissional fomentava a educação profissional (Lewkowicz et al., 2008).

Retomando alguns estudos que tratam sobre a inserção de crianças e adolescentes no mundo do trabalho, temos Lewkowicz et al. (2008, p. 120-124) que verificaram que em um censo de 1831, na cidade de Mariana-MG, meninos de três a quatro anos de idade já tinham ocupação e, uma em cada cinco criança de entre cinco e 14 anos apareceu com ocupação definida. Cerca de 20% das crianças na faixa etária dos dez anos trabalhavam, sendo que na faixa etária entre 13 e 14 anos o percentual subia para 44%. Em 1920, a cidade de São Paulo contava com aproximadamente 13 mil crianças trabalhadoras, sete anos depois o montante subiu para 20 mil. As crianças eram consideradas trabalhadores dóceis e mais baratos. E, em

detrimentos dos acidentes, a presença de crianças no mundo do trabalho seguiu bastante estimulada e vista como solução para o combate da delinquência infantojuvenil.

Em termos legislativos, o Código Penal Republicano realizará, por exemplo, uma diferenciação entre crianças abandonadas e delinquentes e criminosas, delimitando entre outras coisas, limites para a nomeada maioridade penal. Tal lei não considerava criminosos aqueles menores de nove anos completos, além de os maiores de nove anos e menores de 14 anos que não tivessem consciência dos atos cometidos. Deste modo, sua aplicabilidade partia da premissa de que a ação deveria ser propositalmente de má fé. Nota-se que as intervenções divergiam de acordo com a visão que se tinha da criança: a indefesa, vítima de pais negligentes, ou, a que cometia atos conscientes cuja motivação interna a levava ao desvio (Zaniani 2012).

Essa concepção vai se fortalecer e, em 1925, foi apresentado à Câmara de Deputados pelo juiz José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, um projeto de lei que visava legalizar a assistência e proteção à infância no Brasil. O “Código de Menores” foi promulgado em 1927 e outorgava ao estado a assistência e proteção contra o abandono, os maus-tratos, e as influências exercidas pelo contexto social sobre os menores. Logo, é importante registrar que esta lei não estava voltada a todas as crianças, mas àquelas consideradas em “situação irregular” ou por conta do abandono ou porque eram consideradas delinquentes (Zaniani 2012).

A partir dessa legislação institui-se uma progressiva intervenção junto às crianças e adolescentes pertencentes às camadas mais empobrecidas da população com base no binômio carência-delinquência (Zaniani, 2012). O Código de Menores, reeditado em 1979, seguiu assentado na doutrina da situação irregular, respaldando a institucionalização de grande contingente de crianças pobres porque dava plenos poderes ao Juiz de Menor para aplicar o encaminhamento que julgasse adequado. Seis anos depois da sua promulgação, acrescentou-se ao Código que caberia ao Juiz de Menor destituir o poder familiar caso eles se encontrassem em situações desviantes, nomeando para eles um tutor. Contudo, como observou Rizzini (1993), colocá-los sob a tutela do estado foi, de longe, a medida mais tomada, dentro de um contexto histórico que seguiu retroalimentando relações de segregação, discriminação e favorecendo diferentes formas de institucionalização.

O desenvolvimento de uma nação civilizada deveria contar com a docilização do caráter e a incorporação de hábitos saudáveis por intermédio da atividade de trabalho que aparecia como solução para afastar crianças e jovens dos perigos do ócio e do vício presentes no contexto do pobre desocupado. Qualquer expressão de desadaptação social perante as

normas da sociedade burguesa passava a ser justificada como consequência da incapacidade de aproveitar as capacidades que a sociedade pretensamente igualitária lhe ofereceria (Zaniani, 2012).

Ainda relativamente ao combate à delinquência no Brasil, o ideário higienista relacionado ao consumo de álcool e outras drogas converge na direção da proibição do uso de substâncias. No Brasil, o álcool era visto como principal problema entre as classes subalternas, afinal o alcoolismo gerava ônus para os cofres públicos e diminuía o contingente disponível de mão de obra para indústria. Logo, a teoria da degenerescência abraçada pelos higienistas postulava que a dependência de álcool apresentava componente hereditário e que o consumo problemático de álcool seria responsável pelo desenvolvimento de distúrbios mentais e comportamentos morais anormais. A Liga Brasileira de Higiene Mental encabeçou diversas campanhas antialcoólicas e entre as medidas defendidas pelos higienistas aparece a educação preventiva nas escolas em todos os níveis de ensino.

Ramos (2012) relembra que desde o ano de 1921, o decreto 4.294 autorizava o poder executivo a regulamentar a entrada no país de substâncias como cocaína, ópio e seus derivados. Além disso, preconizava a criação de locais para o tratamento médico correcional para os denominados alcoólatras e toxicômanos. Ademais, o decreto proibicionista estabeleceu multas e penas para quem vendesse substâncias e bebidas alcoólicas para pessoas menores de 21 anos. Observamos, assim, que mais do que uma medida de proteção, o principal objetivo do decreto era o de reprimir o uso entre a população mais empobrecida, além de sinalizar que o consumo entre os estratos mais jovens já se firmava como realidade.

A contar do final do século XIX é que surgem maiores reivindicações para a proteção da criança e do adolescente. Segundo os ideais higienistas, a escola era instrumento de propagação de costumes civilizados no que tange à higiene pessoal e ao comportamento moral que deveriam ser submetidos os trabalhadores. Agora o estado deveria intervir a fim de assegurar às crianças e adolescentes o mínimo para a sua conservação e transformação em trabalhadores produtivos à nação. O processo de industrialização exigiu trabalhadores mais qualificados, apostava-se na industrialização para o desenvolvimento econômico do país. Desse modo, fomentou-se a educação profissional com a criação do ensino pré-vocacional e profissional (Lewkowicz et al., 2008).

Essa breve recuperação de parte das particularidades históricas das infâncias e adolescências brasileira nos permite visualizar que desde a formação inicial do país, de sua condição de colônia até a de uma economia dependente que atualmente perdura, crianças e adolescentes vivenciaram múltiplas formas de exploração e opressão. Esse segmento da

população apenas passou a ser visto como digno de proteção a partir do momento em que os interesses econômicos os consideraram essenciais para o desenvolvimento do sistema capitalista. O projeto das elites os via como futuros trabalhadores das modernas fábricas, ou seja, trabalhadores que deveriam ser domesticados a fim de assimilar a realidade proletária.

A leitura vigente, em uma perspectiva liberal, atribuía ora à miscigenação ora também às drogas a responsabilidade pelo atraso e problemas sociais do país. Nesse ínterim, o estado elegeu crianças e adolescentes como o futuro da nação, encabeçou intervenções coercitivas com a justificativa de afastá-los dos perigos do ócio e dos vícios. As famílias que não se adaptavam ao projeto capitalista, ao formar trabalhadores autônomos e ordeiros, eram nomeadas incapazes e assim, as contradições capital-trabalho continuaram a compor meandros da luta de classes.

3.3 (Des)compassos da história da assistência à infância no Brasil em meio às lutas da classe trabalhadora

Nas primeiras décadas do Brasil republicano eclodiram conflitos sociais e inúmeras reivindicações para a proteção das crianças e adolescentes, ou seja, as medidas que surgiam não decorriam da boa vontade do estado. Seabra (2011) assinala que o período republicano (1889-1930) foi marcado especialmente por lutas do movimento operário. Os imigrantes trouxeram consigo uma consciência de reivindicação e organização operária e em 1870 realizou-se no Rio de Janeiro a primeira manifestação socialista pelos direitos dos operários. Em razão de interesses políticos contrários à obtenção de direitos pela classe trabalhadora, uma forte campanha de desmoralização do socialismo foi levada a cabo em nosso país.

No ano de 1917, no Brasil, ocorreram greves e revoltas de trabalhadores que se inspiraram na Revolução Russa como a participação inclusive de crianças. As lutas operárias se desdobraram pelo agravamento das condições de vida da classe operária, que afetava os filhos da classe trabalhadora que desde muito cedo foram sendo inseridos nas fábricas. As manifestações ocorreram em diversas cidades e os trabalhadores protestavam contra o alto custo de vida, os baixos salários, os riscos no trabalho das crianças etc. Como adverte Toledo (2017), obviamente os trabalhadores foram alvos de repressão policial violenta.

Coggiola (2015) declara que entre o século XIX e a crise de 1929/1930, no Brasil, insurgiu um movimento operário que se espelhou em corrente socialistas e anarquistas, além de grupos nacionalistas. A peculiaridade deste movimento em uma realidade latino-americana foi a atuação referente a questões como a democracia, a unidade nacional e, sobretudo, a

abolição da escravidão, todas associadas à questão social e ao modo como acreditavam poder enfrentá-la. De certa feita, as lutas do movimento operário originaram tradições políticas e organizativas que pressionaram o estado a reformular suas políticas diante da questão social.

Na Era Vargas (1930-1945), Molina (2012) observa que o estado criou um aparato de controle das atividades dos sindicatos de trabalhadores com a Lei da Sindicalização que data 1931. A lei propunha a proibição de propaganda ideológica no sindicato. A política trabalhista concebida pelo estado procurou estimular o corporativismo, e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), manteve o corporativismo em sua estrutura, pois impedia a articulação de sindicatos de diferentes categorias de uma mesma localidade. Em 1932, conquistas alcançadas pelo movimento operário foram promulgadas em forma de lei. Em 1935 formava-se a Aliança Nacional Libertadora (ANL) e o levante comunista e a resposta do estado foi a repressão policial sobre o movimento operário.

O surgimento da ANL teve como inspiração os modelos das frentes populares europeias contra o nazi-fascismo. Tal organização política era oposição do governo Vargas e defendia em seu programa a anulação de todas as dívidas do Brasil com as nações estrangeiras, a nacionalização de empresas estrangeiras, a garantia das liberdades públicas, a distribuição de terras dos latifúndios entre os camponeses, além da proteção aos pequenos e médios proprietários (Pandolfi, 2004).

Molina (2012) assevera que a partir de 1945 os comunistas tentaram se desvencilhar do controle estatal sobre o sindicalismo com a pretensão de organizar sindicatos independentes com maior autonomia política. Mais adiante na década de 1960, com a crescente industrialização e urbanização, o protagonismo do operariado ganhou destaque como força política de vanguarda nas lutas e movimentos políticos. Os sindicatos intensificaram as lutas em defesa dos direitos trabalhistas e questionaram a progressiva dependência econômica do estado brasileiro frente aos capitais externos.

Os comunistas, as lideranças independentes vinculadas aos setores progressistas da igreja, somados aos intelectuais nacionalistas, passaram a defender amplas reformas, expansão das lutas sociais, ruptura com a dependência do capital e políticas externas e, por efeito, a defesa do governo do então presidente João Goulart que sinalizava as reformas de acordo com as lutas dos movimentos sociais e políticos.

Os sindicatos radicalizaram os discursos e ações políticas, porém sem a suficiente adesão das massas houve abertura para que as classes dominantes e os setores médios urbanos impregnados de conservadorismo e de outros valores burgueses reagissem contra a ameaça comunista. Então, em 1964, os militares instauram a Ditadura Militar no Brasil mediante o

golpe patrocinado pelo grande capital estrangeiro e do governo dos EUA. A economia brasileira subordinada ao capital externo teve um crescimento inicial, tendo como necessidade a importação e máquinas equipamentos, matérias-primas, produtos químicos e petróleo. Não obstante, as exportações não cresceram em proporção semelhante às importações e o governo militar solicitou consideráveis empréstimos ao capital estrangeiro para pagar tais importações, comprometendo os recursos internos do país com a dívida externa (Molina, 2012).

Pinheiro e Fabríz (2017) afirmam que, em um cenário nacional agravado pela crise internacional do petróleo, por volta de 1974, tornava-se evidente o declínio do milagre do crescimento econômico. Além disso, os movimentos sociais que tiveram sua capacidade de mobilização reduzida, mas que nunca deixaram de lutar por melhorias, tomaram maior fôlego no fim da década de 1970, e as ações políticas da classe operária passaram a ter maior visibilidade com as mobilizações grevistas dos metalúrgicos do ABC paulista e da nova organização das centrais sindicais. O movimento grevista contra o arrocho salarial se estendeu para outros setores da sociedade e o regime ditatorial começou a perder força. O movimento sindical de 1979 alinhou suas reivindicações para além da questão econômica, abarcando principalmente a luta pela cidadania dos trabalhadores por intermédio da conquista de direitos.

Nas particularidades da formação social brasileira, a luta dos trabalhadores percorreu um caminho longo que contribuiu para a transição democrática na década de 1980. Em 1983, a classe trabalhadora organizou a campanha “Diretas Já”, com o intuito de pressionar o governo militar a realizar eleições diretas para presidente. Contudo, os militares controlaram o processo de abertura democrática pela transição do governo militar de João Figueiredo para o regime liberal democrático, tendo a sua frente o presidente José Sarney. O fim do período militar propriamente dito, com eleições diretas, só ocorreu em 1989 com a posse do presidente Fernando Collor de Mello, na década de 1990 (Pinheiro & Fabríz, 2017).

Cruz e Silva (2015) nos lembram de que nesta trajetória o país passou por uma longa ditadura, que durou mais de 20 anos. Na área da infância e adolescência, este cenário alimentou a manutenção do Código de Menores de 1927, que passou por pequenas alterações em 1970, mas seguiu corroborando a Doutrina da Situação Irregular de crianças e adolescentes, menosprezando os denominados direitos humanos.

Se as lutas coletivas erguidas contribuíram para a promulgação da Constituição Federal de 1988, elas também influenciaram a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Quando aprovado em 1990, o ECA estava alinhado à Doutrina da Proteção Integral, sendo considerado um marco histórico que considerou crianças e

adolescentes como sujeitos de direitos – tendo direito à vida, à dignidade, à alimentação, à saúde, ao lazer, à educação, à profissionalização, ao lazer, à cultura, ao respeito, à liberdade de convivência familiar e comunitária – e cujo desenvolvimento integral deveria ser assegurado conjuntamente pela sociedade, família e estado (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990).

O ECA apregoou, então, que “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”, rompendo com os paradigmas que vigoraram por quase todo século XX no Brasil, contrapondo-se ao assistencialismo e à centralização das ações no poder judiciário (Leite, 2006). Ao adotar a Doutrina da Proteção Integral, o ECA contribuiu para que os debates públicos contemplassem mais as crianças e os adolescentes, arrolando para elas a urgência da construção de políticas públicas específicas.

Sobre o direito universal à saúde, lembramos que em finais da década de 1970 e a de 1980 foram períodos decisivos para as mudanças no modelo de atenção à saúde e de saúde mental no Brasil. A luta político-ideológica do Movimento da Reforma Sanitária defendia a saúde como um direito de todos e um dever do estado, culminando na criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1990. Já o Movimento da RP nasceu elevando as críticas à assistência psiquiátrica ofertada nos grandes manicômios, mas caminhou na direção da luta pela construção de uma política nacional de saúde mental, buscando desinstitucionalizar o cuidado e a construção de uma rede substitutiva de cuidados, tomando a saúde mental como uma questão de saúde pública, devendo ser qualificada e integrada às demais ações do SUS.

O SUS se constituirá pautado em uma concepção ampliada de saúde que, conseqüentemente, ajudará a ampliar também a concepção de saúde mental. Para além da compreensão da saúde como ausência de doenças, entenderá que a saúde é uma questão social e política, que não se limita ao biológico, nem à assistência médica, logo, precisa ser abordada no espaço público (Paim et al., 2011). Como defendido na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, entende-se que a saúde resulta “das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”, ou seja, não se trata de “um conceito abstrato”, mas de um processo que se produz a partir do “contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento” (Conselho Nacional de Saúde, 1968).

À medida que se considera a saúde como produção humana, concebe-se o processo saúde-doença como um fenômeno multideterminado, dinâmico, contraditório, que articula

sempre questões muito complexas. Nesta direção, a relação humana com as drogas é do mesmo modo complexa, escrita a partir da realidade sócio-histórica e de vivências singulares e distintas. Portanto, qualquer tentativa de reduzir esta complexidade “pode culminar em proposições inócuas, iatrogênicas e/ou violadoras de direitos” (Surjus et al., 2021, p. 62).

Em que pese à luta pela defesa e garantia dos direitos ter representado importante avanço para o campo da saúde mental, sua efetivação será tolhida pelo modo neoliberal de governar, como a história nos revela. Por ora queremos recobrar que entre 1993 e 2001, o governo brasileiro aderiu à lógica da privatização das empresas estatais, a redução de gastos públicos na área social e a valorização de parcerias público-privadas. Com o passar dos anos, o estado tem intensificado sua intervenção de viés neoliberal a partir de contrarreformas nas políticas sociais. Nos últimos tempos vem ocorrendo o recrudescimento das condições de vida da classe trabalhadora pelo avanço da precarização do trabalho e do desemprego estrutural. Cada vez mais o estado preza pelos interesses do capital e diminui os investimentos para as políticas públicas sociais, impedindo ou acarretando prejuízos para a proteção integral de crianças e adolescentes, uma vez que a garantia de direitos não pode se efetivar sem a garantia de recursos públicos (Fonseca et al., 2022).

Essas breves menções sobre algumas das particularidades da área da infância e adolescência brasileira evidenciam que nossa realidade vem comportando, desde a colonização, diferentes tipos de infâncias e adolescências, cujo potencial de desenvolvimento e o lugar de pertencimento são determinados maiormente por sua classe social. Desde os registros mais longínquos que tratam da formação social do Brasil até os dias atuais, observamos a naturalização das práticas de violência, negligência e exploração contra crianças e adolescentes, especialmente contra as que pertencem às famílias da classe trabalhadora.

O conceito de proteção à infância é recente na história do país e se desenvolveu inicialmente como uma intervenção do estado que procurou através de políticas públicas setoriais e fragmentadas, camuflar a questão social. Contudo, embora sem a intenção de transformar a realidade material que precede a necessidade de se elaborar políticas públicas, os pequenos avanços relacionados aos direitos humanos e sociais resultaram da luta de movimentos sociais. Uma luta que nunca cessa, confirmando que a defesa do direito universal à saúde, por exemplo, vem se fazendo atualmente em meio às contradições sociais e a precariedade dos cânones neoliberais. Neste sentido, cabe perguntar: será possível um cuidado em saúde/saúde mental comprometido com todas as crianças e adolescentes em um contexto de contrarreformas nas políticas sociais?

3.4 Adolescência-uso problemático de drogas: entre a realidade material e a proposição de um cuidado em saúde/saúde mental

Nessa subseção serão discutidas a base material das relações entre os adolescentes e as substâncias, bem como medidas de atenção em saúde no campo álcool e outras drogas voltadas a essa população. Primeiro, traremos anotações sobre a realidade da juventude brasileira, buscando compreender como as relações de produção reverberam sobre a constituição desses sujeitos em um país de capitalismo dependente.

Traremos dados acerca do uso de substâncias em nível global e brasileiro, realizando uma análise referente ao desenvolvimento humano em uma visão materialista, discutindo sobre a sociabilidade capitalista e seus impactos. Por último, apresentaremos as políticas do campo álcool e outras drogas idealizadas para adolescentes e as alternativas de modelos de atenção possíveis. É realizada a crítica ao modelo proibicionista em relação às estratégias de cuidado direcionadas a adolescentes nos moldes do “diga não às drogas”, que adotam a abstinência como único caminho, serão discutidas as tessituras sociais que colaboram para a inclusão tardia dos adolescentes na agenda da política de saúde mental brasileira, inclusive dentro do próprio movimento da RP.

Sobre dados estatísticos, o *Relatório Mundial sobre Drogas*, divulgado em 2018 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas, afirmou que “O número de pessoas em todo o mundo que usaram drogas ao menos uma vez por ano permaneceu estável em 2016, com cerca de 275 milhões de pessoas, ou cerca de 5,6% da população global entre 15 e 64 anos” (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC], 2018). Este relatório trouxe a afirmativa de que o número global de usuários de cannabis continua a aumentar e que o consumo de drogas e os danos associados são mais elevados entre os jovens. No ano posterior, 2019, o *Relatório Mundial sobre Drogas* apresentou a estimativa de que 271 milhões de pessoas ou 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos fez uso de drogas em 2018. Outro ponto importante do relatório foi a exposição de que a oferta de ações de prevenção e tratamento continuavam insuficientes em muitas partes do mundo (UNODC, 2019). Um ponto comum entre os dois relatórios citados é o fato de que o uso de opioides se tornou uma grave problemática, já que o uso indevido e as mortes por overdose aumentaram principalmente na América do Norte. Ambos os documentos citam que o aumento da produção de cocaína atingiu níveis recordes desde 2016.

Em 2023, o *Relatório Mundial sobre Drogas* revelou que globalmente, mais de 296 milhões de pessoas usaram drogas em 2021, aumento de 23% em reação à década anterior. Também houve aumento de pessoas que sofrem com transtornos associados ao consumo de drogas que subiu para 39,5 milhões, aumento de 45% em dez anos. Dados de 2021 apontavam que 13,2 milhões de pessoas injetaram drogas, 18% superior ao não anterior. No que tange ao acesso ao tratamento para transtornos associados, em 2021, apenas uma em cada cinco pessoas recebeu tratamento. A disparidade de acesso entre os países periféricos e hegemônicos estariam aumentando, e a população jovem seria a mais vulnerável e a mais afetada pelo consumo e pelos transtornos associados ao uso, em diversas partes do mundo (UNODC, 2023).

Percebe-se que mesmo com ações de proibição/repressão houve aumento do uso de drogas em várias partes do mundo. O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas sugere que as ações de prevenção e o acesso a serviços de tratamento devam ser priorizados indiscriminadamente. Para mais, há indicações para que as forças policiais continuem a realizar coibição contra os modelos ágeis de negócios do crime (UNODC, 2023).

Referente ao contexto brasileiro, em 2017, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) realizou o *III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela população brasileira*. Tal pesquisa forneceu dados importantes no que diz respeito ao consumo de drogas pela população adolescente. Seus dados apontaram que aproximadamente 7 milhões de adolescentes entre 12 a 17 anos reportaram ter consumido álcool na vida. O consumo em *Binge* foi relatado por 1 milhão de adolescentes. Quanto ao consumo de tabaco, cerca de 1,3 milhões de adolescentes de 12 a 17 anos afirmaram ter consumido cigarros industrializados na vida. Quase meio milhão de adolescentes reportou consumo nos últimos 30 dias (Fiocruz, 2019, p. 92). Nos 12 meses anteriores à pesquisa, mais de 1 milhão de adolescentes consumiram álcool e tabaco e, quase 400 mil consumiram álcool e pelo menos uma substância ilícita (Fiocruz, 2019, p. 121). Relativamente à nomeada dependência de alguma substância, excluídos álcool e tabaco nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, aproximadamente 38 mil se tratavam de sujeitos entre 12 a 17 anos (Fiocruz, 2019, p. 133).

Outros dados sobre a realidade brasileira e o consumo de drogas pelo público adolescente podem ser visualizados na *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2009-2019 (PENSE)*. Realizada pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), a pesquisa efetuou comparação entre as quatro edições de 2009, 2012, 2015 e 2019. Os resultados indicaram que o consumo de cigarros caiu de 16,8% em 2009 para 13,1% em 2019. Em respeito ao uso de experimentação de bebida alcoólica, aumentou de 52,9% em 2012 para 63,2% em 2019 e

verificou que o aumento do consumo de álcool foi mais intenso entre as meninas. A experimentação ou exposição ao uso de drogas subiu de 8,2 em 2009 para 12,1% em 2019. Por fim, a pesquisa conclui que o consumo recente de drogas ilícitas entre os que haviam usado drogas alguma vez na vida, ficou estável entre 2012 e 2015, caindo em 2019 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019).

A pesquisa da Fiocruz assevera que os adolescentes consomem drogas mesmo tendo em vista a alteração que ocorreu no ECA por intermédio da lei 13.106 de 2015, que tornou crime "Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica". Lembrando que esta medida já estava prevista no Código Penal (Fiocruz, 2019, p. 83).

No geral, os trabalhos que abordam a interface adolescência-uso de substâncias tendem a explicar o consumo de substâncias nessa fase do desenvolvimento tendo como justificativa o comportamento do adolescente. Porém, este comportamento não é explicado a partir das condições materiais de vida, mas das características essencialmente biológicas e individuais, e quando se referem ao meio social não realizam uma crítica aprofundada da sociedade na qual se reproduz a vida.

Podemos citar as representações e justificativas presentes em alguns estudos. Almeida Filho et al (2007), por exemplo, afirmam que a adolescência se constitui como um período de “maturação psicológica” que implica importantes transformações. A exposição ao uso problemático de drogas se relacionaria com as vulnerabilidades inerentes ao período de desenvolvimento, de conflito, de busca por identidade e de desafio à autoridade. O uso de drogas expressaria características próprias da adolescência, como o sentimento de contestação, impetuosidade, idealismo e onipotência. Os fatores como a suscetibilidade biológica herdada ao uso de drogas e vulnerabilidade ao efeito são considerados fatores de risco e, ainda que os autores citem que o uso ocorre num contexto social complexo, não se prestam a analisar qual seria tal contexto.

O estudo de Schenker e Minayo (2005), sobre os fatores de risco e proteção define risco como “uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico” (p. 708). Os fatores de risco estariam combinados e diriam respeito às características do indivíduo, aos outros, ao seu meio microsocial, e às condições socioculturais mais amplas. O consumo de substâncias estaria sujeito à busca pela extroversão, prazer, novas sensações, compartilhamento grupal,

diferenciação, autonomia e independência em relação à família. O lado negativo do consumo seria dependência que poderia comprometer o cumprimento dos papéis sociais esperados e o sentimento de adequação e competência, dentre outros. Entre os fatores de risco explorados para o uso de drogas estariam a disponibilidade e presença de drogas na comunidade, a ausência de investimento em vínculos que unem pais e filhos, o envolvimento grupal, dificuldades no âmbito educacional etc. Embora as autoras se esforcem para desmistificar mitos sobre tais fatores, elas não discutem a conexão entre o funcionamento da sociedade capitalista e a gênese de tais fatores.

Ao explorar as motivações para o consumo de drogas entre adolescentes, Soares et al. (2020) encontraram como justificativa a atenuação de crise existencial, formação de vínculos sociais, diversão, rupturas de laços sociais e familiares, vulnerabilidade programática, e as características próprias da adolescência. A vulnerabilidade programática diria respeito a uma complexa rede de fatores sociais, econômicos, ambientais, emocionais e psicológicos que influenciam o exercício pleno da cidadania, e a vulnerabilidade a um estado em que indivíduos ou grupos apresentam em sua capacidade de autodeterminação reduzida, não conseguindo garantir a autoproteção de seus interesses. Ao caracterizar a adolescência, os autores afirmam que esta seria o momento em que a tranquilidade da infância é retirada dos sujeitos, então o limbo de aceitação no qual se exigem responsabilidades de adulto, sem a conquista da autonomia, geraria conflitos internos. A impulsividade e a curiosidade aparecem como características desse período. Os autores ainda citam que estudos da década de 1970 associam o risco para o uso de substâncias a uma estrutura de personalidade depressiva, com imaturidade afetiva e problemas de identidade. No artigo não se apresenta nenhum questionamento do porquê a adolescência é vivenciada dessa forma na sociedade capitalista, ou, como se produz a vulnerabilidade programática nesse contexto.

Fazemos esse destaque aqui para reforçar o quanto a visão da adolescência como portadora de características universais e inevitáveis se mantém hegemônica nas publicações acadêmicas. A rebeldia, instabilidade emocional, a tendência à oposição, a busca pela identidade são compreendidas como parte da natureza humana e não como produto da atividade desses adolescentes na realidade material (Bock, 2007). A autora, ao ancorar sua análise em fundamentos materialistas, contrapõe a visão descontextualizada de desenvolvimento humano e a consequente naturalização deste fenômeno. Inspirada nos trabalhos do psicólogo soviético Leontiev, compreende-se que o psiquismo humano não é dotado de características naturais desde o nascimento, e que não basta somente viver em sociedade para que seus dotes naturais se manifestem.

No início dessa seção discutimos que as origens do psiquismo são datadas historicamente e podem ser encontradas nas relações sociais concretas com outros homens, nos modos como os homens se organizam para produzir a vida e a cultura. Graças à atividade trabalho e a organização da produção da vida em sociedade, o desenvolvimento humano experimenta saltos qualitativos. As habilidades e o comportamento humano deixam de ser submetidos a leis biológicas e passam a ser regidos por leis sócio-históricas.

Quando o tema do uso problemático de drogas vem à tona, a categoria consciência ganha lugar de destaque. A leitura das formas de consciência da adolescência na sociedade capitalista pressupõe o exame da sociabilidade capitalista. Do mesmo modo, a relação dos adolescentes brasileiros com as substâncias precisa ser compreendida a partir das bases materiais da sociabilidade capitalista. A leitura do cenário de como se dá a relação entre o adolescente e as substâncias exige o exame da realidade material onde estes estão inseridos, dado que, para Marx e Engels (1845-1846/1998), o que distingue os indivíduos humanos é a capacidade de produzir seus meios de vida condicionados por sua associação em agrupamentos. Os indivíduos humanos são tais como manifestam sua vida, ou seja, o que são coincide como o que produzem e com o modo que produzem. Logo, o que os indivíduos são em sua consciência depende das condições materiais de sua produção. Não é a consciência que determina o ser, mas o processo de sua vida real. Desse modo, dados sobre a realidade material revelam como o processo de vida desses adolescentes os constitui.

A UNICEF apresentou em 2023 um relatório intitulado *As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil*, e concluiu que mais de 60% das crianças e dos(as) adolescentes têm um ou mais direitos privados no país. O cenário da pobreza multidimensional se agravou com a pandemia da Covid-19 que se deu entre os anos 2020 e 2022. As três dimensões mais afetadas foram: alimentação, renda e educação. O número de crianças negras e indígenas que sofreram com alguma privação é maior do que daquelas de cor/raça amarela ou branca. A crise acarretou em queda da renda das famílias, o analfabetismo aumentou em razão da suspensão das atividades escolares e a privação de alimentação afetou cerca de 13,7 milhões de meninos e meninas entre 2018 e 2021. No texto, a falta de políticas públicas é citada como situação que agravou as condições de vida da população durante a referida pandemia (Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência [UNICEF], 2023).

A Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança divulgou o documento *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil*, confeccionado a partir dos dados do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2022, por volta de 68,6 milhões de crianças e adolescentes entre 0 a

19 anos residiam no Brasil. A região Norte é onde mais se concentrava crianças e adolescentes em relação à sua população. Nas regiões Norte e Nordeste concentravam maior número de crianças e adolescentes em domicílios rurais, e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste concentravam a maioria da população até 19 anos de idade em domicílios urbanos (Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedo [ABRINQ], 2023).

No que concerne à renda das famílias brasileiras, em 2021, em torno de 72,4 milhões de pessoas declararam viver com renda domiciliar mensal de até meio salário mínimo (R\$ 550,00) por membro da família, sendo que 31,2 milhões dessas pessoas afirmaram viver com metade dessa renda (R\$ 275,00). Quando os dados foram selecionados considerando crianças e adolescentes de 0 a 14 anos e a renda, considerou-se que 10,6 milhões viviam com renda mensal por membro da família de até um quarto do salário mínimo; 11,7 milhões viviam com uma renda mensal por membro da família de mais de um quarto até meio salário-mínimo; e 22,3 milhões vivendo em condição de baixa renda (ABRINQ, 2023).

No âmbito da educação, os dados mostraram que ainda existem escolas sem estrutura e recursos básicos como falta de acesso à coleta de esgoto ou distribuição de água. Além disso, não havia garantia de alimentação básica em alguns estabelecimentos da educação básica, entre 2017 a 2021. Com a pandemia da Covid-19, ocorreu a necessidade do ensino remoto, contudo, 32,2 mil escolas de educação básica não tinham um computador, e mais 30,7 escolas não tinham acesso à rede de internet (ABRINQ, 2023).

O relatório da ABRINQ (2023) traz ainda que, no país, a necessidade de que o adolescente ingresse cedo no mercado de trabalho é uma realidade, logo, a taxa de ocupação de adolescentes é considerável. Entre 2019 e 2021, a taxa de participação dos adolescentes entre 14 a 17 anos no mercado de trabalho aumentou, representando mais de 1,5 milhão de adolescentes. Dessa faixa etária, mais de quatro em cada cinco indivíduos encontravam-se em situação de trabalho infantil, isto é, 1,26 milhão de adolescentes encontravam-se em situação de trabalho infantil no último trimestre de 2021. No quarto trimestre de 2021, mais de 640 mil adolescentes na faixa etária entre 14 a 17 enfrentavam as piores formas do trabalho infantil (ABRINQ, 2023).

Os dados apresentados evidenciam que a realidade material de grande parte das crianças e adolescentes no país é marcada por desigualdades e falta de atenção às necessidades humanas básicas como alimentação, educação, saneamento básico e renda. As crianças negras e indígenas vivem num contexto de maior privação. No caso dos adolescentes pertencentes à classe trabalhadora, não resta escolha senão adentrar o mercado de trabalho prematuramente, na maioria das vezes via informalidade. Pode-se inferir por meio de uma

leitura materialista que o grau de liberdade e desenvolvimento subjetivo dessa parcela da população encontra-se totalmente obstaculizado pela alienação, produto das relações sociais fundadas na lógica capitalista de produção.

No contexto brasileiro, o marco legal de proteção à infância e à adolescência se originou apenas na década de 1990, com a aprovação do ECA. Contraditoriamente, tal legislação nasceu no seio das lutas políticas de um país que buscava pela garantia de direitos básicos, em uma época de forte ofensiva de políticas neoliberais. Sendo o Brasil um país de capitalismo dependente, sempre submetido aos interesses e exploração dos países capitalistas hegemônicos, a proteção integral de crianças e adolescentes segue se firmando como um desafio. Aliado a isso, o crescente consumo de substâncias por crianças e adolescentes segue polemizado e não resolvido.

O descaso com a proteção integral de crianças e adolescentes se manifesta sem exclusão nas políticas de saúde mental. Os modelos de atenção à saúde quanto ao uso de substâncias na realidade brasileira também são atravessados pelas políticas neoliberais e, ainda pelo conservadorismo. Um dos acontecimentos que corroboram com a afirmação é o fato de que a inclusão dos adolescentes na agenda da política da saúde mental brasileira se deu de maneira bastante tardia (Couto & Delgado, 2015).

A política de saúde mental para crianças e adolescentes passou a se desenvolver no Brasil apenas no século XXI. De antemão, crianças e adolescentes recebiam a atenção de ações dos campos da assistência social e da educação, tendo como foco intervenções geralmente mais reparadoras e disciplinares, do que clínicas ou psicossociais. A partir do movimento da RP e da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), iniciou-se o movimento de tentativa de superação da desassistência e institucionalização (Couto & Delgado, 2015).

A inclusão de crianças e adolescentes na agenda da RP passou a ter visibilidade apenas no ano de 2001. Concorreram para essa inclusão a ampliação das instituições de saúde mental e o reconhecimento das crianças e adolescentes na legislação como sujeitos de direitos. Os marcos para a transformação da concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos plenos foram a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, da qual o Brasil foi signatário e, a promulgação do ECA em 1990. Tais marcos históricos, em associação no ano de 2001 com a emergência da lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), protagonizados por movimentos sociais, abriram caminhos para a

proposição de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes (Couto & Delgado, 2015).

A III CNSM, diferentemente das duas anteriores, tratou do tema saúde mental da criança e do adolescente e convocou o estado a se responsabilizar pelo cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico. Participaram representantes de diversos estados e de setores como a saúde, educação, assistência social, justiça, promotoria e saúde mental, configurando caráter intersetorial. As concepções que fundamentaram a conferência foram a noção de criança e adolescente como sujeito psíquico e de direitos, a base comunitária de atenção, o desenvolvimento do cuidado por meio do trabalho em rede e no território e, a intersetorialidade da política e das ações de cuidado (Couto & Delgado, 2015).

As principais deliberações da III CNSM propostas pela sociedade ao estado para a construção da política foram: a) orientação pelos princípios do ECA, da lei 10.216 e marcos éticos da RP; b) consideração das crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direito; c) integração com a política geral de saúde mental, caráter intersetorial e orientação da construção de uma rede de cuidado, de base territorial, sensível às particularidades dos sujeitos e às peculiaridades dos municípios; d) a extensão da lógica do CAPS para esse público; e) a intersetorialidade como marca distintiva da estrutura e organização da rede de cuidados; f) precaução contra a medicalização e institucionalização do sofrimento mental, que tendem a reduzir os problemas decorrentes da precariedade social a transtornos mentais; g) contraposição à finalidade de controle e ajustamento de conduta (Brasil, 2002a como citado em Couto & Delgado, 2015).

Algumas das propostas dessa conferência resultaram no ano de 2002, na publicação da portaria 336/2002 com a inclusão de um capítulo referente à criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). A implantação dos CAPSi's foi a primeira resposta concreta do estado no tocante às questões de saúde mental de crianças e adolescentes, na busca pela ampliação do acesso com base nos princípios do cuidado em liberdade.

O documento “Atenção Psicossocial a Crianças de Adolescentes no SUS” reeditou princípios e diretrizes⁸ para o cuidado de crianças e adolescentes nas políticas de saúde mental. Entre elas estão a responsabilidade da criança perante a sua demanda e sintoma; o acolhimento universal; o encaminhamento implicado e corresponsável; a construção

⁸ O primeiro documento elaborado pelo Ministério da Saúde, que abrange o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no SUS, foi o intitulado “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” (Brasil, 2005). Este permanece entre os poucos documentos oficiais orientativos do campo da saúde mental infantojuvenil.

permanente da rede e da intersetorialidade; o trabalho no território; a avaliação das demandas e a construção compartilhada das necessidades de saúde mental (Ministério da Saúde, 2014).

Com o detalhamento das diretrizes do documento mencionado acima se pode compreender que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e, deste modo, são responsáveis por suas demandas e sintomas no sentido de que são sujeitos de direitos e detentores autênticos de suas falas, que precisam ser escutados, pois não seria possível pensar ações de cuidado, sem considerar a singularidade de cada um. Sendo sujeitos de direitos, os adolescentes teriam direito ao atendimento mesmo na ausência dos responsáveis. O acolhimento universal quer dizer que os serviços devem receber todos que chegam com alguma necessidade, ou seja, as demandas devem ser acolhidas e respondidas. O encaminhamento implicado e corresponsável se trata do compromisso de acompanhar o caso até sua inclusão em outro serviço, dado que o trabalho em conjunto melhora o atendimento do caso e colabora para a adesão. A construção permanente da rede e da intersetorialidade - apoiada na noção de clínica ampliada⁹ e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas - mostra que é fundamental a participação dos atores intersetoriais para a garantia do acesso de crianças e adolescentes aos serviços e cuidados. O trabalho no território quer dizer mais do que o conhecimento do espaço geográfico, pois diz muito mais das redes de relações e afetos, das redes sociais do sujeito que é cuidado, incluindo família, vizinhos, a escola, a praça, os lugares de lazer. A avaliação das demandas e a construção compartilhada de necessidades de saúde mental versa sobre a discussão compartilhada das demandas junto à família, à escola, aos serviços da rede de saúde, à rede intersetorial etc. Esta construção conjunta permite a potencialização das intervenções, porque corresponderão às necessidades reais do usuário (Ministério da Saúde, 2014).

Embora o documento supracitado forneça contribuições importantes na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, sabemos que existe um abismo entre o que se coloca nas leis e a realidade enfrentada por crianças e adolescentes. Melo (2014), em sua análise referente aos direitos de crianças e adolescentes à luz da crítica marxista, evoca que em uma sociedade de classes como a nossa, os instrumentos jurídicos refletem os interesses da acumulação capitalista. Na sociedade capitalista, o papel do Direito se configura como modo de representação que oculta e afirma a violência contra crianças e adolescentes sob a insígnia da “proteção”, quando na verdade os interesses políticos e econômicos de cada fase de

⁹ O termo “clínica ampliada” foi proposto inicialmente por Gastão Wagner de Souza Campos, em 1997, para definir a clínica que colocaria o sujeito no centro do processo, lidando com sua singularidade sem abrir mão de cuidar da sua doença, diagnósticos, intervenções e (im)possibilidades.

acumulação capitalista se sobrepõem ao cuidado e à proteção de crianças e adolescentes da classe trabalhadora.

Melo (2024) explicita que a generalização de trocas mercantis transforma a força de trabalho em mercadoria, o que demarca o modo de produção capitalista, isto é, a expropriação dos trabalhadores dos meios de produção, obriga que vendam sua força de trabalho sob a forma de mercadoria. Ao se tornarem mercadorias e alienarem-se de si mesmos, os trabalhadores foram submetidos à divisão social do trabalho o que possibilitou o aumento produtivo e a gênese de novas formas de viver, e, por conseguinte, a infância foi inserida como parte na produção de valor. Inicialmente, o sistema contou com crianças e adolescentes como trabalhadores dos quais poder-se-ia extrair mais-valor. Mais tarde, crianças e adolescentes seriam colocados em relação com a forma mercadoria com a compreensão de que compunham o contingente de futuros trabalhadores “o futuro na nação”, que deveria receber “medidas de proteção”. Atribuiu-se às crianças e aos adolescentes o *status* de sujeito de direitos, enquanto ideologias psicologizantes e relações normativas ocultavam a base produtiva das relações sociais onde são inseridos. A principal liberdade do sujeito de direitos é a de vender sua força de trabalho ao capitalista, logo, crianças e adolescentes se tornam objetos de submissão mesmo sob alarde da proteção.

Como exposto, o sujeito de direitos para Melo (2024) expressa as relações de expropriação dos meios de produção, ou seja, a propriedade privada. O estado como garantidor de direitos sociais, garante apenas as condições mínimas necessárias à preservação da força de trabalho e a sobrevivência dos inaptos, alimentando o ciclo de continuidade das relações de exploração. Normativas como o ECA, a despeito de representarem um avanço não pretendem operar na contradição capital e trabalho, cerne da questão social. Os dados apresentados nessa seção fazem eco à esta afirmação.

À semelhança das discussões empreendidas por Melo (2024), Pereira (2019) concorda que a crítica do direito de Marx se dirige à dominação do capital sobre o trabalho e das instituições jurídicas que se estruturam no processo de exploração capitalista, que com seus princípios imutáveis prevalecem acima dos condicionamentos socioeconômicos e da luta de classes. Para o autor, os estudos de Marx apontam que as relações e conceitos jurídicos por mais abstratos que pareçam encerram em si relações históricas e concretas e o pretense caráter natural e imutável que o direito tenta tomar como natural algo que resulta do desenvolvimento histórico real. Encobre-se na ideologia jurídica o fato de que as normas jurídicas expressam relações sociais historicamente determinadas. As regras do direito aplicadas na resolução de conflitos sociais conspiram a favor da manutenção da dominação de classe. É na sociedade de

produção de mercadorias, mediante a exploração do trabalho assalariado, que o direito se desenvolve com maior profundidade. As contradições sociais, produto da divisão entre classes sociais que compõem a sociedade, passa a gerar conflitos e o direito se apresenta como mantenedor de uma pseudo-coesão social. Desse modo, as contradições sociais passam a ser dissolvidas pelos instrumentos teóricos das instituições jurídicas. Em suma, o direito não surge para garantir os direitos dos despossuídos, mas para dar segurança à sociedade de mercado.

Em tempo, o “sujeito de direitos” é necessário para a constituição da ordem do capital, afinal as categorias liberdade e igualdades atreladas à sua concepção, sustentadas de modo a-histórico, naturalizante e abstrato, diluem a existência do homem concreto envolto nas relações materiais de produção. A categoria liberdade, em uma vertente liberal, como um direito humano universal, na realidade encerra relações capital-trabalho, que compreende o trabalhador como livre para realizar suas escolhas. Contudo, no capitalismo, a liberdade se limita em um contexto no qual as relações sociais exigem que o trabalhador tenha uma única opção: a de se vender como mercadoria para sobreviver ou sofrer as consequências de escolher não trabalhar. O estado como mediador dessas relações se coloca como responsável pela comunidade e dos interesses gerais - que estão acima das classes sociais e dos interesses particulares - ao passo que ao resguardar os direitos dos possuidores da propriedade privada, submete os trabalhadores às desigualdades e privações de riqueza, liberdade e igualdade (Pereira, 2019).

As críticas marxistas ao direito evidenciam que a existência de direitos jurídicos, pautados em uma perspectiva liberal, não são garantia de emancipação humana. Em seu texto de *A questão judaica*, Marx (1844/2010) diferencia a emancipação política de emancipação humana. A primeira trata da libertação formal e legal dentro do estado burguês. De outro modo, emancipação humana se daria pela libertação ampla de todas as formas de alienação, exploração e dominação. A emancipação política é limitada à oferta de liberdades e direitos individuais, pois não procura alterar as estruturas econômicas que geram a desigualdade e a opressão. A verdadeira emancipação humana pressupõe a luta pela transformação radical das relações de produção, requer a abolição do capitalismo e a criação de uma sociedade sem classes, onde a classe trabalhadora possa superar o sistema de trabalho alienado e a propriedade privada que sustentam todo sistema de exploração.

Essas ressalvas nos indicam que as diretrizes citadas no documento *Atenção Psicossocial a Crianças de Adolescentes no SUS* (Ministério da Saúde, 2014), foram ancoradas em uma visão de sujeito de direitos, em uma perspectiva liberal, de certo modo

corroboram com os princípios da RP e da RD, do cuidado em liberdade, com respeito aos direitos humanos. Nada obstante, pretendemos ressaltar que tanto a RP e a RD deve avançar, buscar a superação, tendo em seu horizonte a luta pela emancipação humana em uma perspectiva anticapitalista.

Essa urgência se confirma quando nos deparamos com estudos como de Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009) que, ao investigarem instituições que recebem adolescentes que consomem drogas, verificaram a defasagem entre o que é prescrito pelas políticas públicas e a realidade dos serviços. Uma das instituições investigadas foi uma comunidade terapêutica que recebe jovens do sexo feminino de 12 a 30 anos. A concepção de adolescente que rege o trabalho da equipe, é a de que “as adolescentes não sabem fazer nada, só o que é errado” . . . precisamos fazer isso com firmeza colocando limites (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2009, p. 450). Além disso, as atividades terapêuticas se restringiam à laborterapia (atividades diárias de limpeza e organização da comunidade); atividades religiosas e oficinas ministradas por voluntários (trabalhos manuais, grupos de autoajuda e evangelização). Desse modo, refere-se a “tratamento” disciplinador e asilar que não respeita a singularidade dos sujeitos (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2009, p. 449-450).

No geral, propostas de intervenção voltadas ao público infantojuvenil estão assentadas no discurso da “prevenção”. Como já aludimos, tradicionalmente essas intervenções se norteiam pelo viés moralizante e proibicionista, prescrito pelos EUA. No tocante à referida “prevenção ao uso de drogas”, o Brasil importou o modelo do “treinar para resistir”, adotado em 50% das escolas dos EUA. O objetivo deste modelo é treinar para resistir às pressões de envolvimento com drogas, praticadas por grupos ou pares, pela mídia e até pelos pais. Nas salas de aulas são realizados exercícios com a pretensão de estimular o estudante a recusar, a se esquivar ou não ceder frente à oferta de drogas (Moreira et al., 2006).

As abordagens tradicionais canalizam esforços para a redução da oferta, isto é, na redução da disponibilidade dos produtos e na redução da demanda, que consiste na educação passiva, pautada na transmissão de informações pouco realistas e baseadas no apelo moral e no amedrontamento. As intervenções consistem em persuadir e se traduzem pelo *slogan* “Diga não às drogas”. No Brasil, o *Programa Educacional de Resistência às drogas (PROERD)* realiza intervenções pontuais, no formato de palestras em escolas. No geral, a intervenção é feita por policiais, de modo padronizado, desconsiderando os diferentes tipos de uso de substâncias (Moreira et al., 2006).

A guerra às drogas separou as substâncias entre lícitas e ilícitas. Porém, o psiquiatra e neurocientista Sidarta Ribeiro pontua que existe uma discrepância entre a classificação

biomédica e a jurídica referente à temática drogas, dado que, por exemplo, a cannabis causa menos dano físico de dependência que o álcool, o tabaco e os benzodiazepínicos. Tal irracionalidade colabora para a criação de estigmas que prejudicam a credibilidade dos processos educacionais acerca do uso de substâncias, principalmente em ações voltadas ao público jovem (Ribeiro et al., n.d).

Sidarta Ribeiro em acréscimo pontua que atualmente, com o livre acesso à informação via internet, as discrepâncias entre o que é prescrito juridicamente e os danos reais à saúde, evidencia-se que a política proibicionista é arbitrária e se sustenta em falsas premissas. A consequência disso, para o cientista, é o descrédito e o ceticismo no que tange à autenticidade do discurso de proteção contra as drogas (Ribeiro et al., n.d).

Para Silveira (2008, p. 8), a prevenção ao uso abusivo de drogas pode ser definida como “toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo possa caminhar, fazendo escolhas mais conscientes, sem interromper sua jornada em decorrência do abuso de uma substância entorpecente que ilude, eliminando os obstáculos apenas na imaginação”. Verifica-se que tal definição sugere a existência de ações intersetoriais que contemplem o sujeito e seu contexto de forma integral. O autor enfatiza que muitos jovens irão experimentar estados alterados de consciência, mas que se a experiência de prazer e o registro dos limites estiverem estabelecidos, é provável que o sujeito saiba cuidar de si sem perder o eixo em uma ruptura. Em acréscimo, assinala que para que haja o desejo de autopreservação, os jovens precisam saber que fazem diferença no mundo, caso isso não ocorra, o prazer imediato surge como fator relevante em detrimento do autocuidado.

Tatmatsu et al. (2020) asseveram que o Brasil precisa buscar autonomia relativa ao modelo de ações preventivas importadas dos EUA, partindo de um debate amplo envolvendo pesquisadores, profissionais, usuários e movimentos sociais, a fim de elaborar políticas de prevenção adequadas à realidade brasileira, para a construção de programas educativos que realmente atendam às necessidades de crianças e adolescentes brasileiros, que estimulem escolhas mais autênticas e minimizem as vulnerabilidades. Segundo o ECA, crianças e adolescentes teriam preferência na formulação e execução de políticas sociais e públicas, contudo, tais têm deixado a desejar no que toca à prevenção, alçando ações isoladas que desconsideram os contextos e a efetivação dos direitos humanos (Fonseca et al., 2022).

Arouca (1975) ratifica que o papel das ações de prevenção em uma sociedade de classes é o de contribuir para a manutenção das relações capitalistas de produção. Ao apresentar-se como projeto interno de uma mudança que não existe como prática concreta, mas apenas como representação, as ações preventivas propõem-se a realizar intervenções de

manutenção e recuperação da força de trabalho, de modo individualizante e com o intuito de garantir a produtividade da classe trabalhadora e a extração da mais-valia. Deste modo, as ações de prevenção costumam pautar-se no viés biomédico, que não costuma questionar os impactos que a exploração capitalista ocasiona nas condições gerais de saúde da classe trabalhadora. Além disso, a prevenção se torna mais um modo de lucro do capital, mediante o consumo de cuidados preventivos.

O ECA preconiza que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do estado assegurar com prioridade os direitos das crianças e adolescentes referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Além do mais, coloca que nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (Lei 8.069 de julho de 1990). Nada obstante, a realidade é que uma grande parcela da população de crianças e adolescentes se encontra em situação de negligência, discriminação, exploração, exposta a toda sorte de violência, crueldade e opressão, sem direitos assegurados.

No início da aplicação da RD no Brasil houve a criminalização dos profissionais, porém o trabalho do profissional que lida com a saúde é o de materializar os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Com base nos limites do ECA, podemos asseverar que a RD não é apologia ao consumo de drogas e, não viola os direitos de crianças e adolescentes, mas compreende que o uso problemático de substâncias é que muitas vezes está relacionado a outras tantas violações. Ainda que se ampare na defesa de direitos, em uma perspectiva liberal, a RD avança tendo como norte um projeto ético-político que vise a superação do que está posto, em direção à uma lógica de cuidados anticapitalistas.

O conceito reducionista “determinante social da saúde”, prescrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende que o que determina as condições de vida é a posição social por cada sujeito na hierarquia social, despreza categorias de análise como as relações de produção, e, portanto, não discute como a saúde é impactada pela dinâmica de acumulação capitalista, apresentando como medidas de enfretamento perante os impactos das determinantes ações governamentais limitadas. Essa leitura mascara o fato de que a organização da sociedade capitalista se dá em uma relação desigual entre exploradores da força de trabalho e explorados pelo capital e de como esta dinâmica atravessa o campo da saúde (Silva & Bicudo, 2022).

Em substituição, mencionamos a “teoria da determinação social do processo saúde-doença”, que entre outras coisas, traz uma leitura crítica do uso problemático de substâncias que não pode se realizar de maneira isolada da sua determinação social. A análise fornece condições de capturar as explicações e mediações históricas e sociais, pelo reconhecimento da implicação dos aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais e da correlação entre o individual e o biológico. Tal concepção entende a saúde-doença como um processo histórico e dialético, como uma expressão da contradição e desigualdade do modo de produção capitalista. As condições de vida e trabalho determinam objetivamente toda expressão de processos saúde-doença, que se encontram precarizadas no capitalismo contemporâneo no qual a crescente desregulamentação acarreta em desproteção social, em não acesso às políticas públicas e na mercantilização de direitos (Silva & Bicudo, 2022).

Conforme trabalhado na seção II, a RD entende que um mundo livre de drogas não é possível. Ao longo da história da humanidade o homem procurou estados alterados de consciência, desde a antiguidade até a contemporaneidade. As substâncias psicoativas utilizadas antes em rituais contextualizados passaram a compor a busca pelo prazer imediato, em uma sociedade que se organiza em torno do consumo, o que explica, em parte, o uso problemático de drogas (Silveira, 2008).

A desvinculação da questão atenção ao uso problemático de álcool e outras drogas de seu contexto e do desenvolvimento sócio-histórico aparece como regra nas intervenções de prevenção ao uso problemático de drogas empreendidas no país. A análise histórica das condições de vida das crianças no Brasil desvela que mesmo com a falta de dados mais precisos sobre o consumo de substâncias em épocas remotas, o contexto cultural brasileiro sempre foi repleto de cenas de uso e, deste modo não seria imprudente admitir que crianças e adolescentes também consomem.

Essa discussão nos interessa porque a psicologia tradicional, de caráter liberal, não tem sido capaz de ultrapassar a singularidade imediata, que vislumbra um sujeito cuja individualidade se explica por si mesma. O funcionamento psíquico particular do homem da sociedade burguesa é tomado como natureza humana universal (Pasqualini & Martins, 2015). Estas considerações indicam que as intervenções bem-sucedidas devem considerar a dialética singular-particular-universal¹⁰ na formação da subjetividade humana, que perpassa as relações estabelecidas no campo do álcool e outras drogas e, permite a autêntica aproximação da realidade material onde os sujeitos estão inseridos. Compreender como as múltiplas relações

¹⁰ Voltaremos à esta discussão na próxima seção.

entre o sujeito (singular) e o gênero humano (universal) se concretizam por meio da particularidade (sociedade) pode nos fornecer pistas importantes sobre os motivos que levam grande parte da população consumir substâncias. Em uma sociedade onde as mediações não permitem a apropriação pelos sujeitos das produções realizadas pelo gênero humano ao longo da história da humanidade mediante o processo de trabalho, em razão da divisão de classes e desigualdades, o processo de alienação acaba por separar os seres humanos dos produtos de seu trabalho, de si mesmos e dos outros seres humanos (B. Oliveira, 2005).

Finalizamos esta seção afirmando que, em que pese as limitações já apontadas, a RD ainda se mostra como alternativa ao compreender que a relação que o ser humano estabelece com as substâncias está circunscrita ao contexto cultural e que toda análise referente ao consumo de substâncias deve buscar o entendimento da relação sujeito-drogas-sociedade. Para mais, questionamos: em que condições particulares o público infantojuvenil brasileiro vem realizando o uso de substâncias? No capitalismo, um sistema que fomenta o consumo desenfreado, seria possível dar cabo do uso problemático de drogas ou apenas lidar com as consequências deste uso?

Para melhor compreendermos os limites e as possibilidades da RD, bem como sua aplicabilidade na adolescência, realizamos entrevistas com profissionais redutores de danos e especialistas/estudiosos da área. Os resultados de tal discussão serão explorados na próxima seção.

SEÇÃO IV – METODOLOGIA E RESULTADOS

“. . .aliás, toda ciência seria supérflua se houvesse coincidência imediata entre a aparência e a essência das coisas. . .”

(Marx, 1867/2008b, p.1080).

Nessa seção serão apresentados os procedimentos metodológicos da pesquisa de campo. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas, realizadas de modo remoto, com profissionais de RD que atuam ou atuaram no campo de álcool e outras drogas, nos últimos cinco anos. A análise foi inspirada na visão de homem e de mundo materialista histórico-dialética, que inspira a psicologia sócio-histórica, bem como em contribuições de autores críticos ao paradigma psiquiátrico e proibicionista. A partir da exploração desse material e da elaboração de sínteses interpretativas, chegamos a três eixos de análise: Eixo 1: os conceitos e as concepções de RD que atravessam o cuidado e as políticas de álcool e outras drogas voltadas às crianças e aos adolescentes; Eixo 2: a RD em iniciativas com crianças e adolescentes no Brasil; e por último o Eixo 3: a RD e as contradições que compõem avanços e retrocessos das políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência.

4.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa de campo: coleta de dados e fundamentos do materialismo histórico-dialético como inspiradores da análise

Tendo em vista a complexidade do fenômeno a ser estudado, que em nosso caso envolve considerar a relação adolescência-uso de drogas, analisando “se” e “como” a RD pode contribuir para o cuidado em saúde mental frente ao uso problemático de drogas na adolescência, a pesquisa aqui proposta foi de natureza qualitativa, exploratória e de campo. Gil (2006) nos aponta que as pesquisas exploratórias procuram desenvolver, esclarecer, modificar conceitos e ideias com o intuito de formular problemas mais precisos ou hipóteses que podem ser pesquisáveis em estudos subsequentes.

Como demonstramos até aqui, a relação adolescência-uso de drogas ainda é pouco explorada na literatura, sendo necessário avançarmos na construção de uma visão mais ampla e crítica acerca desta relação. Mirando esse avanço, recobramos o método materialista

histórico- dialético que, como pontua Martins (2006, p. 2), é “instrumento lógico de interpretação da realidade”, com ênfase na lógica dialética que diverge da lógica formal - usualmente presente nas pesquisas qualitativas – tal método orientará a análise das informações coletadas na pesquisa de campo, pois ele dá bases à psicologia sócio-histórica.

Na concepção materialista histórico-dialética, a realidade está em constante transformação e todos os fenômenos precisam ser compreendidos em sua processualidade e inseridos na totalidade social. Como nos ensinou Marx (1818-1883/2008a, p. 47), a totalidade das relações de produção corresponde “a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência”. Neste sentido, ressaltamos que é o modo de produção e a reprodução da vida concreta que determina a vida social e subjetiva, determinando também o modo como os homens se relacionam com as drogas. Nada obstante, é preciso lembrar que no modo capitalista de produção, tais relações:

São expressões da totalidade social e atravessadas por ela, ao mesmo tempo que a conformam e atravessam-na. Nesse sentido, a “questão” das drogas é conformada pela lógica de exploração e as contradições inerentes ao capitalismo, que tem na questão social – e suas diferentes manifestações, um de seus corolários, juntamente com as outras estruturas de opressão que se materializarão nas relações sociais e sujeitos (Costa, 2020, p. 61).

Isto posto, anotamos que sobre as pesquisas exploratórias, Gil (2006) coloca que em geral estas envolvem o levantamento bibliográfico e documental, bem como o uso de entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Sobre o uso das entrevistas, Minayo (2008) aponta que estas são diálogos que possuem objetivo, finalidade e forma de organização. Assim, para a coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, técnica que consiste em o investigador realizar perguntas mais abertas aos sujeitos participantes, com vistas a responder suas questões de pesquisa. Gil (2006) afirma que o emprego da técnica de entrevista apresenta diversas vantagens que devem ser consideradas: possibilita a obtenção de dados relativamente aos mais diversos aspectos da vida social; permite a obtenção de dados aprofundados acerca do comportamento humano; os dados obtidos são passíveis de classificação e de quantificação; viabiliza a obtenção de elevado número de respostas; oportuniza maior flexibilidade, dado que o pesquisador pode esclarecer o significado das

perguntas e realizar adaptações referentes ao trato com o sujeito da pesquisa e às circunstâncias em que a pesquisa está sendo desenvolvida.

Para direcionar as entrevistas, utilizamos um roteiro que continha questões disparadoras que pretendiam levantar um perfil dos entrevistados e nuances de suas experiências no campo da RD, como 1) há quanto tempo você atua com redução de danos e em qual segmento (políticas, estratégias, práticas)? 2) como você compreende o conceito de redução de danos? 3) quais concepções direcionam as políticas e programas de prevenção ao uso abusivo de drogas dirigidas ao público adolescente no Brasil desde a aprovação da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003? 4) você conhece iniciativas atuais de redução de danos envolvendo adolescentes no Brasil? 5) como a redução de danos pode atuar na interface com a adolescência? 6) é possível articular a lógica da redução de danos e as políticas públicas intersetoriais de proteção e prevenção direcionadas ao público adolescente? 7) você consegue identificar avanços e ou retrocessos no Brasil relativos às discussões sobre a redução de danos e sua aplicabilidade na adolescência?

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá – UEM, por intermédio do parecer nº 5.778.973, que respeita todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas CNS Nº 510/16 e Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no tocante ao anonimato, sigilo e confidencialidade dos dados. Após a aprovação, o critério de inclusão dos sujeitos na pesquisa consistiu em atuar ou ter atuado nacionalmente com a RD no campo da saúde mental como especialista ou como redutor de danos, nos últimos cinco anos. Consideramos como redutores de danos, profissionais que atuam ou atuaram com RD primordialmente no campo da saúde mental álcool e outras drogas, e como especialistas os profissionais que além de terem atuado/atuarem como redutores de danos, também trabalharam como pesquisadores no campo da saúde mental e álcool e outras drogas. Em razão da dificuldade de encontrar profissionais que atuam ou atuaram com RD exclusivamente com crianças de adolescentes, o critério de inclusão inicial foi ampliado para a participação de profissionais que no geral atuaram com adultos em todas as regiões do país.

Idealizamos entrevistar nomes importantes do campo da RD e todos os profissionais entrevistados foram convidados mediante envio de e-mail e de contatos telefônicos, com uma breve explicação sobre a participação na pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹¹ para que assentissem a participação por meio de assinatura digital do

¹¹ Conforme anexo II

termo que era enviado posteriormente. Após a assinatura do TCLE houve o agendamento das datas e horários das entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. No dia e horário agendados enviamos para os que concordaram participar, um arquivo a ser preenchido com dados do seu perfil profissional e o roteiro da entrevista que iríamos utilizar durante a entrevista.

Para alcançar maior número de sujeitos com experiência em RD que atuam/atuaram no campo da saúde mental e álcool e outras drogas, as entrevistas semiestruturadas ocorreram no formato de vídeochamadas mediante uso da plataforma virtual Google Meeting e foram gravadas (com prévia autorização) com uso de software (OBS Studio) instalado em dispositivo eletrônico local (notebook/HD) e armazenadas no mesmo dispositivo a fim de garantir o sigilo e confidencialidade dos dados. As entrevistas foram transcritas, lidas e categorizadas em eixos de análise, para demonstrar como as falas expressam e articulam a totalidade do fenômeno no uso de drogas na adolescência e a oferta de cuidados em saúde/saúde mental no contexto das particularidades da sociedade capitalista.

Como já assinalamos, conforme o pensamento marxista, o modo de produção capitalista constitui a totalidade social com todas as relações que a compõe, ou seja, a “produção material da vida engendra todas as formas de relações humanas” (Martins, 2006, p. 12), incidindo diretamente não só sobre a objetividade, mas também, para garantir sua reprodução, sobre a constituição da subjetividade humana. Logo, o materialismo histórico-dialético insere a ontologia humana no campo da prática, sendo o próprio Marx quem pontua que “a essência humana não é uma abstração inerente a cada indivíduo”, pois se trata do conjunto das relações sociais (Marx, 1845/2000). É por intermédio da prática que os homens estabelecem relações com o mundo e com os outros homens, enquanto produzem e reproduzem sua vida pela atividade trabalho. A atividade trabalho é a categoria central do materialismo, posto que o ser humano por intermédio dele modifica o mundo e se transforma neste processo, concluindo assim que a *práxis* humana é o fundamento de toda a realidade.

O materialismo histórico-dialético adota como recurso essencial a lógica dialética, cujas leis gerais foram sintetizadas por Engels (1872-1882/1979). em três princípios da seguinte forma: 1) transformação da quantidade em qualidade e vice-versa; 2) interpenetração dos contrários; 3) negação da negação. Bottomore (2001, p. 410) resume estas três leis explicando que

- 1) a lei da transformação da quantidade em qualidade, segundo a qual as mudanças quantitativas dão origem a mudanças qualitativas revolucionárias; 2) a lei da unidade

dos contrários, que sustenta que a unidade da realidade concreta é uma unidade de contrários ou contradições; 3) a lei da negação da negação, que pretende que, no conflito de contrários, um contrário nega o outro e é, por sua vez, negado por um nível superior de desenvolvimento histórico que preserva alguma coisa de ambos os termos negados (processo por vezes representado no esquema triádico de tese, antítese e síntese).

Dessa forma, em que pese os interesses maiores dessa dissertação, a lógica dialética nos ensina que a relação humana com as drogas não deve ser interpretada de forma linear, mecânica, naturalizada, mas localizada como um fenômeno que compõe o todo e é marcado por muitas contradições. O pesquisador que adota o materialismo histórico-dialético deve enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais e proceder à análise dialética da relação entre o singular e o universal, pois ela “torna possível a construção do conhecimento concreto, ou seja, é apenas por essa via que a ênfase conferida ao particular não se converte no abandono da construção de um saber na perspectiva da totalidade” (Martins, 2006, p. 12). Nesta direção, nossa aposta é que a lógica dialética pode contribuir com a ampliação do olhar sobre a relação adolescência-uso de drogas e para as respostas sociais que culminam na elaboração das políticas públicas, favorecendo uma compreensão dinâmica e totalizante da realidade social.

Como já dissemos, tudo que compõe a realidade social é integralmente fruto da atividade humana. Os fatos sociais - entre eles a relação humana com as drogas - só podem ser compreendidos quando localizados histórica e culturalmente. O materialismo histórico-dialético objetiva desvendar a essência dos fenômenos e, para isso, torna-se necessário investigar as transformações das bases materiais de vida decorrentes das necessidades humanas, no movimento da história de forma totalizadora, por intermédio da análise da realidade em suas múltiplas determinações (Nagel, 2015).

Captar a essência do fenômeno significa “desvendar e explicar o movimento histórico de sua formação, ou seja, decodificar sua gênese, as determinações e mediações que o produzem e suas tendências de desenvolvimento”. (Pasqualini, 2016, p. 66). Assinala-se que a contradição é vista como geradora de desenvolvimento histórico dos fenômenos (Nagel, 2015; Pasqualini, 2016) e, em consequência, “o trabalho com o método exige o exame das relações mútuas e conflitivas que gerenciam as mudanças” (Nagel, 2015, p. 24).

O materialismo histórico-dialético inspira a psicologia sócio-histórica que tem como um de seus princípios a superação de reducionismos de concepções empiristas e idealistas da

psicologia. Freitas (2002) sublinha que esta psicologia considera o homem com um ser ativo, histórico e social, uma unidade que não pode ser dicotomizada em corpo e mente, interno e externo, biológico e social.

B. Oliveira (2005) destaca a importância de compreendermos como a singularidade se constrói na universalidade e como a universalidade se concretiza na singularidade tendo a particularidade como mediação. Isto é o homem singular é um ser social que não nasce com uma essência pré-determinada. Ele é síntese de múltiplas determinações em que a universalidade se efetiva histórica e socialmente mediante a atividade de trabalho. Em tempo, novamente afiançamos, que tudo que é humano é um produto histórico-social e precisa ser apropriado e objetivado por cada homem ao longo de sua existência que está calcada em uma determinada estrutura social, estabelecida conforme certos tipos de relação de produção.

Para B. Oliveira (2005), a relação dialética singular-particular-universal é imprescindível para a compreensão da complexidade da universalidade que mediada pela particularidade resulta na singularidade. A relação do homem com o gênero humano pressupõe a relação de cada sujeito singular com as objetivações humanas concretizadas pelas gerações ao longo da história da humanidade. Tais objetivações devem ser apropriadas pelo sujeito para que possa dominar o sistema de referências do contexto social onde se encontra inserido e, deste modo objetivar-se como sujeito ativo e participante das transformações desse contexto.

De tal modo, as pesquisas orientadas pelo materialismo histórico-dialético não se limitam à mera descrição dos fenômenos, mas procuram avançar da descrição para a explicação. No ato de pesquisar a relação entre pesquisador e sujeito de pesquisa é dialógica, pois existem dois sujeitos em inter-relação construindo conhecimento. No processo de produção do conhecimento, refuta-se a ideia de neutralidade e compreende-se que pesquisar é um ato ético-político. Como nos alerta Martins (2006, p. 15):

Na construção do conhecimento. . . para a epistemologia materialista histórico dialética não basta constatar como as coisas funcionam nem estabelecer conexões superficiais entre fenômenos. Trata-se de não se perder de vista o fato histórico fundamental de que vivemos numa sociedade capitalista, produtora de mercadorias, universalizadora do valor de troca, enfim, uma sociedade essencialmente alienada e alienante que precisa ser superada.

Depreende-se que o método materialista se constitui primordial para uma discussão sobre a possibilidade do compromisso da RD não apenas com a luta pela garantia de direitos políticos, mas de uma RD que componha um projeto maior, que lute pela emancipação humana, ou seja, é necessária a emergência de uma RD anticapitalista que se coloque contra as relações de exploração e que vislumbre condições que permitam a garantia de acesso aos bens materiais e imateriais tão necessários ao desenvolvimento saudável e consciente.

Entendendo o pesquisador como um sujeito ativo no processo da pesquisa, coube-nos organizar o material coletado e seguir com uma análise qualitativa do seu conteúdo. Assim, as etapas de análise consistiram em um processo que envolveu a leitura compreensiva do material selecionado; a exploração do material e a elaboração de sínteses interpretativas. No primeiro momento, da leitura compreensiva, após as transcrições das entrevistas, apreendemos as particularidades do material, a fim de montar as estruturas para futura interpretação. A montagem da estrutura de análise pressupõe categorizações e distribuições das unidades que compunham o material como um todo. No segundo momento, na etapa da exploração do material, propomos-nos em ir para além das falas e dos fatos transcritos, em direção do implícito para o explícito, do texto para o subtexto. Neste momento, a trajetória seguida foi a identificação e a problematização das ideias explícitas e implícitas nas transcrições das entrevistas e o diálogo do conteúdo das entrevistas com outros estudos críticos. No terceiro e último momento, houve elaboração de sínteses interpretativas, que se apresentaram como ponto de chegada da interpretação, com base nos objetivos do estudo e na teoria adotada (R. Gomes, 2010).

O movimento descrito acima permitiu a construção dos eixos temáticos listados a seguir: Eixo 1: os conceitos e as concepções de RD que atravessam o cuidado e as políticas de álcool e outras drogas voltadas às crianças e adolescentes; Eixo 2: a RD em iniciativas com crianças e adolescentes no Brasil e, Eixo 3: a RD e as contradições que compõem avanços e retrocessos das políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência.

4.2 Breve caracterização do processo da pesquisa de campo e dos participantes

Participaram das entrevistas dez profissionais, porém apenas sete entrevistas foram selecionadas para análise em razão de problemas técnicos com as gravações, além da saturação da temática observada ao longo do processo. Os profissionais entrevistados foram localizados mediante indicações de outros trabalhadores e acadêmicos que compõem grupos

de pesquisa no campo do álcool e outras drogas, ou seja, a amostragem foi definida por meio da técnica bola de neve (*snowball*), que tem se mostrado útil para pesquisar grupos difíceis de serem acessados ou para estudar questões delicadas (Vinuto, 2014).

Vinuto (2014) destaca que a amostragem em bola de neve é uma forma de amostra que utiliza cadeias de referência; inicialmente recorre-se a documentos ou informantes-chave a fim de localizar pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelos informantes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal e assim sucessivamente. Ocasionalmente, o quadro de amostragem torna-se saturado quando não há novos nomes ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao processo de análise. Esse tipo de amostragem permite acessar grupos que têm poucos membros e que estão espalhados por uma grande área. Seu uso pode ser direcionado para a execução da aplicação de técnicas de pesquisa como a entrevista. Para a autora, como limitação, o uso dessa amostragem pode resultar em argumentações semelhantes, posto que os sujeitos indicarão pessoas da sua rede pessoal. Em contrapartida, a autora refere que há momentos nos quais esse tipo de amostragem pode se mostrar como melhor alternativa para estudar determinado grupo em razão dos entrevistados serem recrutados a partir da relação pessoal, facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança entre pesquisador e entrevistado.

Considerando o ponto de saturação dos dados, em uma visão dialética, o indivíduo singular encerra em sua consciência a representatividade das vivências coletivas, da totalidade da vida em sociedade e, por isso, entendemos que a narrativa individual fala sobre o tempo histórico onde sua singularidade é permeada pela cultura. A amostra de pesquisa deve privilegiar sujeitos sociais que possuem os atributos que a pesquisa pretende explorar, e a saturação dos dados se dá a partir do momento em que a coleta de novos dados não proporciona mais esclarecimentos em relação ao objeto do estudo (Minayo, 2017). De modo geral, a saturação teórica é compreendida como o ponto da análise de dados em que o investigador constata que não se reconhecem novos dados relevantes, ou melhor, entende-se que a inclusão de participantes alcançada já é suficiente e os dados passam a apresentar certa redundância ou repetição (Ribeiro et al., 2018).

Esclarecemos ainda que, no escopo desse trabalho, utilizamos estudos científicos para localizar nomes de pesquisadores que poderiam contribuir com a pesquisa. Cada pesquisador indicava outros trabalhadores da área saúde mental álcool e outras drogas, dada a dificuldade em localizar profissionais que trabalharam com RD e adolescência. Pretendeu-se localizar pessoas que residiam em diferentes estados como tentativa de aumentar a probabilidade da

participação de profissionais que em algum momento atuaram com adolescentes. Apesar de todos os participantes terem passado por alguma experiência de atuação com adolescentes, apenas quatro deles atuaram diretamente em serviços de atenção às crianças e adolescentes. Entendemos que todos os profissionais participantes contribuíram para pensar a RD em interface com a adolescência, no entanto, aqueles que atuaram por um período mais extenso com adolescentes apresentaram mais exemplos de como a RD poderia ser desenvolvida junto a essa população. Assim, concluímos que, por fazerem parte de um grupo seletivo que atua em defesa da RD, o número de interlocutores selecionados foi suficiente para reincidência e complementariedade das reflexões que traremos a seguir.

Como já informamos, os profissionais foram contatados via e-mail ou redes sociais. No dia e horário agendados houve o envio, para aqueles que concordaram em participar, de um documento para que preenchessem com dados do seu perfil profissional/ e o roteiro com questões disparadoras que seriam feitas durante a entrevista. Contudo, das dez entrevistas realizadas, conseguimos explorar apenas sete, em razão de problemas técnicos que ocorreram durante a gravação pelo software OBS Studio. Para exemplificar suas falas, na análise nos referimos a eles como P.1, P.2, P.3, P.4, P.5, P.6 e P.7.

Sobre o perfil e a atuação dos entrevistados cinco são do sexo masculino e dois do sexo feminino. Todos os participantes se graduaram e realizaram pós-graduação em instituições públicas, sinalizando-nos que no processo de formação profissional (que entendemos ser uma das mediações que compõem uma atuação profissional mais crítica), essas instituições talvez forneçam maior abertura ao debate acerca da RD. A maioria atuou em outros campos como o ensino superior, na saúde e na assistência social e ao menos quatro participantes atuaram em serviços de atenção direta ao público infantojuvenil. A maioria atua nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e, apenas um dos participantes atua na região Nordeste. Praticamente todos afirmaram já ter atuado, em algum momento da vida profissional, no campo da saúde mental álcool e outras drogas implementando políticas e/ou das práticas de RD.

Tabela 1

Demonstrativo do perfil dos profissionais participantes da pesquisa

Participante	Idade	Gênero	Cor	Grau de instrução	Área de formação	Especialista e/ou Redutor de danos	Início de atuação com RD
--------------	-------	--------	-----	-------------------	------------------	------------------------------------	--------------------------

P. 1	39	M	Negra	Graduando	Serviço social	Redutor	2018
P. 2	51	M	Branca	Doutorado	Sociologia	Redutor e especialista	2003
P. 3	45	M	Branca	Doutorado	Psicologia	Redutor e especialista	2006
P. 4	47	M	Negra	Mestrado	História	Redutor e especialista	2012
P. 5	66	M	Branca	Doutorado	Medicina	Redutor e especialista	1989
P. 6	52	F	Branca	Doutorado	Psicologia	Redutor e especialista	2001
P. 7	36	F	Branca	Especialista	Psicologia	Redutor e especialista	2011

4.3 Eixo 1: Os conceitos e concepções de RD que atravessam o cuidado e as políticas de álcool e outras drogas voltadas às crianças e aos adolescentes

Tomando como ponto de partida o conteúdo das entrevistas realizadas com profissionais atuantes no campo da RD, neste primeiro eixo, nossa intenção é compreender quais conceitos de RD alicerçam as práticas e como as políticas públicas de álcool e outras drogas podem gerar impactos no cuidado em saúde mental junto aos adolescentes.

Para melhor visualização dos conceitos elencados pelos profissionais entrevistados, a tabela a seguir abarca o modo como os profissionais definiram RD e que discutiremos neste eixo.

Tabela 2

Concepções dos profissionais sobre a RD

A RD concebida como	Excerto da entrevista
Um conceito polissêmico	<p>um paradigma, uma prática e uma política pública. Concordo com a definição da Associação Brasileira de RD, porque ela coloca como objetivo a prevenção dos danos associadas ao uso.</p> <p>um conjunto de intervenções, políticas públicas e estratégias que visam às consequências adversas para a saúde, às consequências sociais e econômicas associadas ao uso de drogas sem necessariamente interromper o uso de droga.</p> <p>no transcorrer da história a RD vai colando digamos assim, tem hora que ele cola com a questão das políticas</p>

	<p>públicas como uma RD mais de montagem mesmo de políticas, tem hora que ele é bem utilitarista no sentido da estratégia de você trocar insumos para fazer aproximar o usuário do serviço para poder fazer higienização, limpeza, algum trato clínico e tem hora que ele vai colando na questão da produção de leis dos direitos dos usuários. Então a RD vai se modificando e isso é uma coisa bem brasileira. .vai colando com movimento social e vai ganhando outros vieses.</p>
Diretriz(es)	<p>A RD não é uma fórmula exata. São diretrizes de cuidado. que vamos instituir ou elaborar a partir da demanda que vamos encontrar, por exemplo, a situação dos jovens: pode ser RD construir a melhoria do uso de inalantes, por exemplo, mas pode ser possibilitar um conforto, um bem estar, um dia de sair da rua, uma troca de roupa, um retorno para a casa, à busca de um novo lar. . . Então a RD pode ser um espaço de escuta, pode ser um espaço de brincadeiras, pode ser um local onde a gente estabeleça afetividades e que essa criança se sinta segura.</p>
Diretriz antirracista	<p>a RD é uma diretriz ética-clínica-política. No político é ainda indissociável que a gente atue numa perspectiva de raça, classe e gênero, por exemplo. A RD tem que atuar nessa perspectiva, pois hoje em dia o atravessamento das drogas no corpo social vai se dar de várias formas, através dos corpos sociais da população pobre, periférica e negra, e através principalmente da violência de extermínio. . . então a RD também é lutar contra essa política de extermínio da juventude.</p>
Abordagem antiproibicionista	<p>Não tem como falar de RD sem meter o pé na porta da política de guerra às drogas. Então a RD tem como premissa ser antiproibicionista. Se não faz essa discussão não é RD, posto que o maior dano que a substância causa hoje está relacionado à política de guerras às drogas.</p>
Mediadora de um cuidado humanizado	<p>trabalhar com as pessoas sem julgamento, sem coerção, sem discriminação e sem exigir que as pessoas parem de usar droga como pré-condição para o trabalho.</p> <p>considera o processo singular de cada pessoa, não impõe nada, não julga a pessoa e tira o estigma.</p>
Mediadora de democratização	<p>a possibilidade de você não só ofertar acesso à política pública e a outros serviços que derivam dela como também cavar esse lugar na aproximação do universo acadêmico com o universo cotidiano da população que mais precisa. . . Então eu vou pensando na democratização no sentido de instrumentalizar o sujeito de direitos e como uma pessoa que oferta recursos do ponto de vista do Estado democrático de direito.</p>
Via de desmistificação/minimização dos efeitos do capitalismo	<p>olhar para como as relações estruturais. . . e para a necessidade de pensar diferentes contextos os diferentes sujeitos que fazem uso da substância e para tanto, seria imprescindível considerar como no Capitalismo a gente vende objetos fetichizados, a gente precisa fazer essa discussão sobre o lugar da substância não só pelo seu</p>

efeito químico, mas também pelo seu efeito simbólico.

que essas pessoas de comunidade de periferia possam ser então as vendedoras licenciadas numa eventual legalização e não as indústrias farmacêuticas. . .isso reduziria os danos de um modelo capitalista centrado na Indústria Farmacêutica.

Como indica o estudo de V. Santos et al (2010), a RD vem se revelando um conceito polissêmico. A polissemia do conceito reflete a multiplicidade de tendências construídas socialmente como respostas às problemáticas envolvidas ao fenômeno do consumo de drogas. Para os autores, a RD se manifesta na unidade objeto-sujeito de modo heterogêneo representando as equações: dependência-dependente; doenças transmissíveis-usuários de droga das populações marginalizadas e excluídas; consumo-usuário de drogas; moradores-modo de vida de uma dada comunidade; riscos sociais e população em geral; e por fim, a produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas (SPA)-classe social.

Como já assinalamos, Matos (2023) igualmente observou que a RD é polissêmica. Para a autora, a RD se desenhou a partir de diferentes projetos ao longo da história, ascendendo vários projetos de RD que envolveram desde a RD com ações que focavam na promoção de abstinência, a RD com foco mais instrumental-pragmático, que envolvia um conjunto de técnicas e ou estratégias, a RD com ações ligadas à promoção da cidadania/inclusão social e, por fim, a RD como uma ética de cuidado, pautada em princípios liberais.

Adentrando tal polissemia, a RD aparece nas falas dos entrevistados às vezes articulando um conjunto de intervenções, um paradigma, uma prática ou políticas que abarcam intervenções mais humanizadas e não coercitivas, que respeitam a singularidade das pessoas e que pode reduzir a estigmatização e os danos associados ao consumo de drogas, apareceu na fala de alguns dos participantes. O P.2 descreveu a RD como sendo: “um paradigma, uma prática e uma política pública. Concordo com a definição da associação brasileira de RD, porque ela coloca como objetivo a prevenção dos danos associadas ao uso”. O participante P.5 igualmente assume essa definição e complementa o conceito de RD afirmando-a como “um conjunto de intervenções, políticas públicas e estratégias que visam às consequências adversas para a saúde, às consequências sociais e econômicas associadas ao uso de drogas sem necessariamente interromper o uso de droga”.

Já o entrevistado P.6 observa as transformações que foram se operando na RD ao longo de seu desenvolvimento no conteto brasileiro:

No transcorrer da história a RD vai colando digamos assim, tem hora que ele cola com a questão das políticas públicas como uma RD mais de montagem mesmo de políticas, tem hora que ele é bem utilitarista no sentido da estratégia de você trocar insumos para fazer aproximar o usuário do serviço para poder fazer higienização, limpeza, algum trato clínico e tem hora que ele vai colando na questão da produção de leis dos direitos dos usuários. Então a RD vai se modificando e isso é uma coisa bem brasileira. . . vai colando com movimento social e vai ganhando outros vieses (P.6).

Ao apontarem a RD como um paradigma, em seus discursos, os profissionais enfatizaram que as políticas em RD e as ações delas decorrentes primam pela liberdade e pela humanização do cuidado, opondo-se à histórica hegemonia daquelas intervenções que se apoiam no paradigma proibicionista, que acredita que é preciso isolar as pessoas para tratá-las e que a abstinência é uma condição e uma medida universalizante, a despeito da história vir confirmando que as práticas proibicionistas/ disciplinadoras/excludentes pouco contribuírem para ampliar a vida e a saúde dos sujeitos.

Apontaram também que RD mira não só aqueles que querem parar de usar droga, mas também os que não conseguem parar e os que, por algum motivo, não querem parar. Nessa seara, o paradigma da abstinência, que toma a extinção do uso como verdade inquestionável, comumente articula a cura do sujeito doente à remissão de sintomas, submetendo o campo da saúde ao do poder jurídico, psiquiátrico e religioso. Em contrapartida, à medida que RD não compreende o sujeito como um doente a ser curado a qualquer custo, seus desdobramentos podem ser múltiplos e abrangentes.

Com efeito, é preciso demarcar que a RD não despreza a abstinência, mas caso essa se constitua como meta, não deverá ser imposta por uma instituição ou profissional, mas pactuada com o sujeito, erigida a partir de compromissos mútuos, com vistas a aumentar a corresponsabilização pelo cuidado e o próprio processo saúde-doença. A RD, em consonância com os princípios do SUS, sugere a responsabilização do trabalhador pelo sofrimento do outro e a mediação da construção de novas possibilidades, a partir do vínculo, da valorização da saúde e da autonomia. Com isso queremos ressaltar que se a abstinência será ou não será uma meta dependerá do modo como cada sujeito se apropriará das regras que perpassam a relação, do protagonismo conjuntamente construído - que pode ser mais individual ou mais coletivo - por meio da oferta de cuidados ampliados dentro de um cenário democrático e participativo (Passos & Souza, 2011).

Os profissionais reforçaram em suas falas que a RD prima pela humanização do cuidado. Para P.5 a RD seria uma “A estratégia de trabalhar com as pessoas sem julgamento, sem coerção, sem discriminação e sem exigir que as pessoas parem de usar droga como pré-condição para o trabalho”. Em acréscimo, o entrevistado P.1 sublinhou que a RD favorece o humanizado, pois “considera o processo singular de cada pessoa, não impõe nada, não julga a pessoa e tira o estigma” e acrescentou revelando-nos: “Eu saí da rua e consegui chegar na Universidade sem parar de usar drogas”. Por outro lado, notamos que as definições em geral enfatizaram mais o caráter instrumental e institucionalizado da RD. O viés instrumental revela o caráter técnico na redução ou manejo do consumo e o trata como uma prática social que rejeita leituras moralistas, punitivistas e reducionistas. Em contrapartida, o foco na redução de riscos colabora para ocultar as determinações sociais do consumo e do sofrimento (Matos, 2023).

Ressaltamos aqui a validade deste contraponto à medida que, como discutimos ao longo dessa dissertação, existem questões complexas que extrapolam e antecedem o consumo da droga em si e muitas vezes as políticas e suas ações impetradas tocam apenas na aparência do fenômeno. É válido ainda recordar que o surgimento da RD não se deu por via estatal, mas por iniciativas que partiram de baixo para cima, quando coletivos de usuários se uniram para reivindicar melhores condições de saúde. Assim, por mais que a visão instrumental esteja atrelada à sua gênese (no combate à epidemia de HIV) ela deve ser superada por uma ética de cuidado que denuncie e busque angariar forças que superem as mazelas do sistema capitalista.

Uma contribuição importante da RD, enquanto diretriz, é a ampliação da clínica que olha para o sujeito para além do uso de substâncias. Algumas falas dos profissionais entrevistados indicam que a RD vai ao encontro de uma concepção de clínica mais ampliada, pois destacam a importância do compartilhamento com os usuários individualmente e/ou coletivamente dos diagnósticos e das condutas, buscam estimular a participação nos projetos terapêuticos voltados ao sujeito concreto, partindo da realidade concreta que produz o sofrimento. Lembramos que em seus eixos fundamentais a clínica ampliada engloba uma compreensão menos restrita do processo saúde-doença, vislumbra a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, além da ampliação do objeto da intervenção e da transformação dos meios ou instrumentos do trabalho em saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Em sua primeira diretriz, a compreensão do processo saúde-doença aponta que a clínica ampliada procura evitar a abordagem centrada em algum conhecimento específico, ou seja, os olhares parciais e arbitrários da realidade. O cuidado em saúde precisa considerar o processo saúde-doença como um fenômeno multideterminado, dinâmico, contraditório, que

articula questões complexas e singulares da existência, logo, nos remete ao segundo eixo que impetra a construção compartilhada dos problemas e também das propostas de solução. Tal compartilhamento deve envolver os serviços e equipes de saúde, mas, além disso, os outros atores que compõem a rede intersetorial. Finalmente, o terceiro eixo diz da necessária ampliação do objeto e dos meios e instrumentos de trabalho, reconhecendo a fragmentação do trabalho em saúde.

Tal fragmentação remonta à divisão social do trabalho constitutiva do modo de produção capitalista que se consolidou na Revolução Industrial e reverbera sem distinção em todos os campos, entre ele no campo do trabalho em saúde, produzindo responsabilidades parciais dos seus trabalhadores. Logo, por mais que a política coloque a importância de transformar os meios e os instrumentos do trabalho em saúde, que isso exige rearranjos na gestão, privilegiando relações menos verticais e técnicas relacionais que incorram em trocas e construções coletivas de novos sentidos (Ministério da Saúde, 2009), não podemos perder de vista que tal fragmentação é gestada no bojo do capitalismo.

B. R. Gomes (2017, p. 76) coloca que “a RD é um campo político e prático de Saúde Coletiva que está em sintonia com uma posição ética de defesa da vida e mais preocupada em oferecer o cuidado de acordo com as necessidades dos usuários”. Esta perspectiva, segundo o autor, quebra com o ideário de uma sociedade livre de drogas, pois compreende que a droga é um problema social, não individual, que aquele que a consome é alguém que tem o direito de decidir sobre o uso, mas com a consciência dos riscos envolvidos e das implicações que tal consumo pode trazer para sua rede de relações.

Como vimos ressaltando, o consumo de drogas tem sido historicamente discutido pelo viés conservador da moralidade, da necessidade da regulamentação/normatização do uso, do controle social e do diagnóstico médico. Em sequência, o proibicionismo desconsidera as necessidades reais dos sujeitos, que como alerta Surjus (2019), o próprio diagnóstico médico “teria pouca utilidade para a identificação de necessidades de cuidado” tonando-se, na maioria das vezes, “um agravante na criminalização de certas condutas, na justificativa das ações de privação e tutela” (p. 150).

Quando se trata de adolescentes o uso considerado problemático dessas substâncias conglomera e acirra dúvidas, polêmicas e controvérsias quanto à maneira mais apropriada de lidar com o fenômeno. As relações que temos estabelecido socialmente com esses sujeitos estão assentadas muito mais no autoritarismo e na vigilância, contribuindo para silenciar as singularidades e negar a existência de muitas adolescências, que de acordo com a inserção social, resguarda diferentes necessidades.

No que tange à necessidade dos usuários, inclusive dos adolescentes, registramos as palavras do P.4 que:

A RD não é uma fórmula exata. São diretrizes de cuidado que vamos instituir ou elaborar a partir da demanda que vamos encontrar, por exemplo, a situação dos jovens: pode ser RD construir a melhoria do uso de inalantes, por exemplo, mas pode ser possibilitar um conforto, um bem estar, um dia de sair da rua, uma troca de roupa, um retorno para a casa, à busca de um novo lar. .Então a RD pode ser um espaço de escuta, pode ser um espaço de brincadeiras, pode ser um local onde a gente estabeleça afetividades e que essa criança se sinta segura (P.4).

Observamos na fala descrita que, na concepção do entrevistado, a RD enquanto diretriz buscaria junto às crianças e adolescentes minimizar não apenas os danos decorrentes do uso de substâncias, mas garantir direitos sociais básicos, revelando-se como sustento do planejamento e da efetivação das ações de um cuidado em saúde/mental mais humanizado. Apesar disso, com frequência, a RD aparece no contexto da sociedade capitalista resumida às medidas paliativas, dirigida apenas à população mais vulnerabilizada pelo consumo, que sem embargo, é a mesma afetada pela questão social.

Anotamos que a maioria dos entrevistados não dissertou diretamente sobre sua concepção de infância e adolescência. Porém, os discursos indicaram que as concepções são atravessadas pela ótica liberal que acomoda crianças e adolescentes idealmente como “sujeitos de direitos”, quando sabemos que na verdade o principal direito a ser preservado nessa sociabilidade é o direito à propriedade privada. É este direito que garante que uma minoria se valha de suas posses para explorar os despossuídos, adultos, crianças e adolescentes da classe trabalhadora mediante exploração do trabalho e fomento incessante do consumo, até mesmo do consumo de substâncias psicoativas, que como já denunciemos, permitiu e permite a grande acumulação de capital desde o capitalismo mercantilista. Não podemos desconsiderar que a própria visão de homem cunhada pelo liberalismo é a de um sujeito autônomo, plenamente livre, naturalmente consciente.

Voltamos a Leontiev (1978) que nos ensina que consciência é uma forma de reflexo da realidade que se produz a partir dos processos de desenvolvimento gestados na concretude das mediações sociais que o sujeito estabelece com o mundo em sua atividade. Nessa direção, cabe colocar aqui que refletir seria possível atrelar o consumo de drogas somente à livre escolha individual. E mais, perguntar a nós se quando esse consumo se torna problemático,

enfrentá-lo depende exclusivamente de enveredar esforços para tornar o sujeito mais consciente e mais capacitado a dizer não a esta possibilidade de escolha?

Sobre a sociabilidade capitalista, Martins (2020) realiza um exame da categoria alienação e sua relação com o sistema capitalista. Tendo o trabalho um papel determinante na formação da psique humana, as relações de produção são responsáveis pelo desenvolvimento da subjetividade humana. Nas relações capitalistas fundadas na propriedade privada, a função do trabalho na formação humana é esvaziada, pois a atividade e seu resultado se tornam independentes, ocasionando uma ruptura entre motivos e finalidades do ato produtivo.

A alienação do trabalho realiza uma ruptura entre o trabalho e o seu resultado separa o trabalho entre concreto e abstrato, tendo em vista que as necessidades às quais esse trabalho corresponde não são do indivíduo que produz, da mesma forma que o salário não corresponde ao trabalho realizado. O trabalhador subordina-se a busca pela sobrevivência, ao valor econômico em detrimento das relações humanas, isto é, enfrenta o conflito entre ser e deixar de ser para sobreviver. O esvaziamento na função do trabalho reverbera em amplamente no empobrecimento todas as relações sociais, que são subjugadas ao sistema de trocas mercantis.

Martins (2020), ao explorar alguns autores, destaca alguns efeitos psicológicos gerados pela alienação que seriam: 1) sentimento de falta de poder; sentido do absurdo ou falta de sentido; isolamento; autoestranhamento e ausência de normas (anomia). O sentimento de falta de poder diz respeito ao sentimento de impotência na condução do próprio destino, por sucessivas exposições a situações de limitações objetivas, negação e pressões do ambiente e impeditivas à autogestão da vida. O sentido do absurdo equivale a um sentimento de imprevisibilidade, à baixa expectativa de que se possam estabelecer relações satisfatórias entre os comportamentos e as probabilidades de seus resultados. Deste modo, ocorre certo desapego às condições objetivas de vida, levando a idealização de projetos que não são acompanhados por ações concretas. A compreensão da realidade é limitada pela simplificação da análise do contexto existencial. O isolamento se trata da desesperança acompanhada de uma conotação negativa acerca da vida social, assim o sujeito se enclausura em sua vida pessoal, reduzida a si e a seus próximos, e, por conseguinte o sujeito fica distanciado de grupos e a sociedade em sua maior abrangência. Nesse caso, o isolamento acarreta em individualismo. O autoestranhamento está visceralmente relacionado ao isolamento e refere-se ao grau de dependência da atividade em relação a recompensas que se situam fora da atividade e que produz uma seleção viciada e cega da experiência no que tange aos valores, às normas, aos significados e aos sentidos pessoais, ou seja, trata-se de burlar o instituído mediante a sua desqualificação arbitrária, cogitando a minimização de esforços e a obtenção

de benefícios pessoais e, na maioria das vezes, momentâneos. Para além, as formas de alienação citadas anteriormente podem conduzir à ausência de normas (anomia), que retrata um processo de máximo distanciamento dos indivíduos em relação à sociedade, acarretado por processos insuportáveis de opressão. O sofrimento relativo às condições objetivas conduz ao rompimento de vínculos com o sistema do qual o sujeito não se sente pertencente. Logo, se sucedem as mais variadas formas de violência material, física ou simbólica e a humanidade se dissipa, possivelmente por nunca ter sido desenvolvida (Martins, 2020).

Em uma sociedade onde a construção da subjetividade é vista como natural e escolha individual do sujeito, torna-se de extrema importância a discussão sobre os limites da liberdade humana em que uma vertente materialista pode ser encontrada em textos de Vigotski. Segundo sua obra, o domínio da própria conduta pressupõe o domínio das condutas culturais mediadas pelo signo nas relações sociais concretas. Tal domínio exige a superação de conexões isoladas, resultando no processo pelos quais as pessoas passam a escolher as suas ações, a pensar, e a ensaiar alternativas. O pensamento mediado por signos é processo de estabelecimento dos nexos, de conexões intermediárias entre o meio auxiliar e os objetos de escolha. A liberdade humana diz respeito à tomada de consciência da situação criada, e para que isso ocorra o homem se vale de signos (Toassa, 2004).

De acordo com as leituras das obras de Engels, realizadas por Vigotski (1995, apud Toassa, 2004), a liberdade dos primeiros homens se assemelhava à liberdade dos animais, e cada avanço do homem em direção ao domínio da natureza, e, por conseguinte da criação da cultura, concorreu para a elevação do grau de sua liberdade. Como já dito, os signos são invenções culturais, a apropriação da palavra criou a possibilidade de representação da realidade no pensamento ao invés de simples reação imediata aos estímulos existentes. Desse modo, tornar-se livre implica no ato de assimilar um significado diferenciando-se dele, isto é, tornar-se humano, recriar a realidade na consciência em um processo ativo de conhecimento das determinações da conduta, e nesse processo modifica a realidade objetiva e/ou social.

Toassa (2004) adverte que para Vigotski a liberdade não significa livre vontade, mas sim livre necessidade. A tomada de consciência é a cultura que medeia o domínio humano das influências da natureza, inclusive o domínio da própria natureza do homem. Apesar disso, em certas circunstâncias, a cultura permite apenas ao homem suprir suas necessidades naturais. O livre arbítrio não significa ser livre de motivos externos para decidir, tomar consciência da necessidade de eleger, é uma necessidade que implica conhecimento. A liberdade não é uma capacidade mística, mas um fenômeno do processo de desenvolvimento dos sujeitos indissociável das relações sociais já existentes.

O conhecimento das condições necessárias para a livre escolha é um passo necessário para sua análise e mediação de seu processo de constituição. Contudo, o desenvolvimento da liberdade individual como superação do reflexo condicionado, mediante o uso da palavra, demonstra-se profusamente prejudicado pelos modos de funcionamento da sociedade capitalista que promove a alienação dos sujeitos. O processo de desenvolvimento da livre escolha exige tanto a necessidade concreta de escolher quanto a possibilidade de definir novas opções. No capitalismo, o poder de escolha é determinado pelo poder econômico, que se fundamenta na exploração dos expropriados dos meios de produção por aqueles que os possuem. A relação homem natureza passa a ser atravessada por formas de escravidão próprias às necessidades naturais, pois o sujeito não mais determina seu trabalho, apenas se submete ao domínio alheio em função da sobrevivência. Nessa organização social não há existência de livre necessidade, posto que motivos alheios à sobrevivência precisam ser sufocados. Além disso, são poucas as possibilidades do uso reflexivo da palavra na esfera pública pela escassez de atividades culturais, científicas e políticas que tenham a potência de promover uma apropriação que permita a tomada de consciência do processo de vida real e uma nova intencionalidade relacional com o mundo. Na sociedade capitalista, a maioria das condições psicossociais para a livre escolha se torna mercadorias e a acumulação de uma experiência cultural que proporcione a criação é mais próxima das classes dominantes. Não obstante, na sociedade capitalista as escolhas se esgotam no consumo, pois as pessoas se tornam agentes ao comprar, necessidade que supre o vazio de sentido das demais relações que submetem suas vontades (Toassa, 2004).

Perante os limites da sociabilidade capitalista alienadora, processos emancipatórios parecem estar muito distantes e qualquer discurso de defesa e garantia de direitos das crianças e dos adolescentes parece soar suficiente para dar conta dos cuidados que essa parcela da população demanda. Contudo, o que testemunhamos é que o discurso da defesa e da garantia de direitos quase nunca se desdobra em ações e mudanças materiais. Para compreender a proteção social de crianças e adolescentes na sociedade capitalista, Magalhães e Nery (2018) salientam que a violação de direitos deve ser lida como expressão da questão social, que decorre da contradição entre capital e trabalho, desvelando a essência do próprio modo capitalista de produção. Como discutimos anteriormente, a reforma do estado no bojo do neoliberalismo se materializa na alteração das legislações que se ocupam dos direitos básicos, confirmando-nos o avanço da desresponsabilização alavancada pela crise do capital.

Por outro lado, Castro (2023) adverte que não é possível dar conta do sofrimento produzido na relação problemática dos sujeitos com as drogas, delegando tal encargo às

políticas públicas sociais, pois além de setorializadas, estas são limitadas porque não anseiam atingir a raiz da produção das mazelas sociais que decorrem do próprio capitalismo. Ao nos atentarmos para os limites do alcance das políticas públicas sociais engendradas pelo próprio estado, destacamos Yamamoto (2007) que adverte como parte desse mesmo estado, as políticas caminham entre os interesses do capital e com frequência, vão na contramão dos interesses humanos.

Essas considerações significam que estamos contra a existência de políticas públicas e políticas de proteção social? Ponderamos que em contextos sócio-históricos de extrema vulnerabilidade, as políticas públicas sociais seguem sendo necessárias porque asseguram a hegemonia política da burguesia e a adesão da classe trabalhadora aos sistemas de reprodução do capital. No mesmo compasso, quanto mais reduzidas e focalizadas as políticas e os direitos ligeiramente por elas implementados, mais espaço sobra para sua mercantilização (Magalhães & Nery, 2018). Logo, cabe dizer que não se trata de acabar com as políticas, mas reafirmar que apenas a superação radical da sociedade de classes permitirá encerrar com grande parte das expressões de sofrimento humano, inclusive aqueles decorrentes do uso considerado problemático de drogas.

Ao apontar o consumo problemático de substâncias como uma das formas de acumulação do capital, Souza e Silva (2018) enfatizam que a dita “guerra às drogas” também se coloca como outra forma de acumulação capitalista, posto que a lucratividade não ocorre apenas da comercialização de substâncias consideradas ilícitas, mas igualmente da venda de mecanismos repressivos bélicos que “dizem combater” as substâncias. As drogas como mercadorias lícitas ou ilícitas movimentam grandes cifras, enriquecem empresários e integram trocas comerciais dentro da economia formal e da informal. Contudo, observam os autores, todas as substâncias psicoativas estão submetidas ao processo de acumulação do capital. Neste sentido, entre todas as etapas produtivas (do cultivo ao consumo) valores são agregados, gerando renda para os trabalhadores, renda pela posse da propriedade, renda indireta a outros setores e indústrias da economia, mediante a aquisição de bens e serviços, bem como bens de capital.

Os autores alertam que o mercado ilegal de drogas gera empregos e agrega valor ao produto final em todos os níveis da cadeia produtiva, a partir da obtenção de insumos, do plantio, da colheita das matérias-primas, inclusive na distribuição por meio da venda em atacado e varejo. Diferentemente do mercado legal, as substâncias ilícitas não seguem regulamentações impostas pelo estado no que tange, por exemplo, à contratação de trabalhadores, estabelecimento de salários e ou a supervisão do controle da qualidade dos

produtos. Durante a produção destas drogas, geralmente a mercadoria é adulterada, adicionando substâncias com potencial maior de toxicidade que o da própria droga. Trata-se de um trabalho informal que, como apontam Souza e Silva (2018), garante e agrava a exploração, pois em muitos casos utiliza-se o trabalho precarizado, o trabalho escravo e a exploração de crianças por ser uma mão de obra barata e estratégica.

Em sequência, a ligação com a indústria de armas, a corrupção e a lavagem de dinheiro são práticas importantes para a sobrevivência do comércio ilegal de drogas. O tráfico de armas garante o fornecimento de instrumentos violentos para a proteção dos negócios, ao passo que o pagamento de propinas e suborno para agentes do estado acaba como uma prática comum e que movimenta altos valores. Por fim, a lavagem de dinheiro formaliza os ganhos, convertendo-os em dinheiro “limpo” como se provessessem de negócios formais (Souza & Silva, 2018).

Continuando a reflexão sobre a RD como uma diretriz antirracista, P.4 reforça que para ele:

A RD é uma diretriz ética-clínica-política. No político é ainda indissociável que a gente atue numa perspectiva de raça, classe e gênero, por exemplo. A RD tem que atuar nessa perspectiva, pois hoje em dia o atravessamento das drogas no corpo social vai se dar de várias formas, através dos corpos sociais da população pobre, periférica e negra, e através principalmente da violência de extermínio. . .então a RD também é lutar contra essa política de extermínio da juventude (P.4).

O excerto acima expõe parte dos impactos negativos que a “guerra às drogas” produz e que tem sido publicizados pelos defensores da RD. Contestando esta “guerra”, os redutores de danos têm incluído em pesquisas e publicações científicas reflexões que abarcam a violência, o racismo, o encarceramento em massa, denunciando que a realidade do nosso país que converge para o aumento da violência e do encarceramento da população negra e periférica. Denunciam que a “guerra às drogas”, na verdade, é uma guerra contra algumas pessoas em específico.

Como define o entrevistado P.3, a RD é necessariamente uma abordagem antiproibicionista, pois:

Não tem como falar de RD sem meter o pé na porta da política de guerra às drogas. Então a RD tem como premissa ser uma abordagem antiproibicionista. Se não faz essa

discussão não é RD, posto que o maior dano que a substância causa hoje está relacionado à política de guerras às drogas (P.3).

A proibição de determinadas substâncias e a repressão por parte do poder público têm provocado milhares de mortes por ações violentas, além de impulsionar o encarceramento em massa que auxilia o fortalecimento de facções criminosas. Nessa toada, recuperamos que em 2019, foi publicado o projeto *Drogas: Quanto Custa Proibir*, pelo Centro de Estudos em Segurança Pública (CESeC), que articulou três estudos que procuraram estimar: 1) os custos financeiros do estado com a proibição; 2) os impactos sobre a educação e 3) os impactos sobre a saúde. Tais estudos foram respectivamente intitulados: *Um tiro no pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo*; *Tiros no futuro: impactos da guerra às drogas na rede municipal de educação do Rio de Janeiro* e, *Saúde na linha de tiro: impactos da guerra às drogas sobre a saúde no Rio de Janeiro*. Os resultados foram alarmantes em todos os campos investigados (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2024).

O primeiro estudo concluiu que apenas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, o sistema de justiça desembolsou cerca de 5,2 milhões em atividades de repressão e punição para lidar com questões relacionadas às drogas. Os impactos negativos sobre as crianças e jovens foram elencados no segundo estudo, que constatou que a formação escolar é diretamente afetada pelo confronto armado decorrente da “guerra às drogas”, apontando que, somente em 2019 no Rio de Janeiro, ocorreram mais de 4 mil tiroteios, muitos nas proximidades de escolas públicas, localizadas em comunidades pobres, cooperando para menor rendimento escolar, maiores índices de evasão escolar e perda de renda no futuro, dada a impossibilidade destes alunos acessarem mercados formais de trabalho qualificado. Já o terceiro estudo estimou os efeitos da “guerra às drogas” no acesso aos serviços de saúde e os impactos no estado físico e mental de pessoas que habitam favelas no Rio de Janeiro. Olhou para os moradores e os próprios agentes policiais e verificou que os frequentes tiroteios decorrentes das ações policiais interferem no cotidiano dos serviços, limitam a circulação das pessoas e regulam o acesso aos serviços de saúde. Além disso, tais tiroteios impactam gravemente a saúde física e mental dos moradores das comunidades, bem como dos próprios policiais, incorrendo no aumento da hipertensão arterial, da insônia prolongada, da depressão e da ansiedade (IPEA, 2024).

Ainda referente aos impactos da “guerra às drogas”, segundo profissionais de psicologia do “Projeto Psi Maré” a política proibicionista gera consideráveis impactos sobre a

saúde mental das pessoas que residem em periferias de grandes cidades. Com a justificativa de proteger a sociedade contra as drogas, a violência invade o cotidiano daqueles que habitam as periferias, ou seja, em sua maioria a população pobre, parda e negra. Embora a violência armada não seja o único fator de sofrimento e traumas, essa se torna um gatilho que desencadeia estresse, angústia ansiedade e outros sentimentos. As operações policiais nas favelas em respostas ao tráfico de drogas geram impactos nas rotinas dos moradores, pois a qualquer momento as pessoas acordam ao som de tiros ou ao som de voo de helicópteros e muitas vezes a casa é invadida por policiais. Se a operação começa de manhã as pessoas são impedidas de sair de casa e as escolas e clínicas da família não abrem. Quando as operações começam mais tarde, as pessoas não podem sair dos locais onde estão ou se deslocar para outros lugares. Deste modo, é comum que frente a esses episódios as pessoas que moram nas periferias experimentem sentimentos de preocupação constante, se mantenham em estado de vigilância e medo, se sintam impotentes e passem a naturalizar o fenômeno da violência (Vaz, 2022).

Os dados dos estudos realizados pelo Centro de Estudos em Segurança Pública (CESeC) e o funcionamento do cotidiano dos moradores da favela da Maré revelam que a “guerra às drogas” é na verdade uma guerra contra a população periférica preta e pobre. Diferentemente do título do estudo, não se trata de um tiro no pé, mas de um projeto muito eficiente, efetivo naquilo que se propõe (e que, evidentemente, não declara): prender e matar preto e pobre. Em vez de um tiro no pé, temos um tiro na cara das frações mais pauperizadas e pertencentes à classe trabalhadora.

O Ministério da Justiça de São Paulo (MJSP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas publicaram, em 2023, uma pesquisa com base em dados de processos do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sobre o perfil das pessoas processadas pelo tráfico de drogas. A pesquisa tomou como fonte cerca de 5 mil autos processuais sentenciados em 2019, na esfera dos Tribunais de Justiça Regionais Federais e dos Tribunais de Justiça Estaduais, sendo proferidas sentenças fundamentadas na “Lei de Drogas” brasileira (lei 11.343/2006). Os resultados revelaram o perfil prevalente dos réus: jovem, de baixa escolaridade, não branco e que, quando flagrado com porte de drogas ilícitas, trazia quantidades relativamente pequenas. Em acréscimo, recordamos que entre os anos 2000 e 2020, a apreensão de mulheres por tráfico de drogas cresceu de 600%, sendo que 50% das mulheres vieram a responder judicialmente pelo crime de tráfico (Jabur, 2023; Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024). Dada a especificidade da população por nós estudada, caberia aqui afirmar que os adolescentes privados de liberdade em nosso país compõem esse perfil.

O cenário apresenta evidência que o proibicionismo é uma das formas de valorização do capital, promove o massacre da classe trabalhadora, principalmente dos jovens negros. É evidente que o mesmo sistema que incita o consumo problemático de drogas (e aqui incluímos os medicamentos) é o sistema que lucra com a proibição de algumas substâncias. Chamamos a atenção para o fato de que historicamente o combate às drogas, o racismo e a xenofobia marcharam juntos com a proibição de algumas substâncias. No período do capitalismo mercantilista, as drogas foram importante fonte de acúmulo de capital (H. Carneiro, 2004). No entanto, as substâncias psicoativas passam a se configurar como importante mecanismo de controle de alguns segmentos sociais, a exemplo da perseguição à população negra no Brasil, após a abolição da escravatura com a proibição da cannabis e, da população negra e de imigrantes chineses, mexicanos e irlandeses nos EUA, com a proibição da cocaína, cannabis e de bebidas alcoólicas (Barros & Peres, 2011; Escotado, 1994; Saad, 2019).

O proibicionismo além de valorizar as drogas como mercadoria as utiliza como mecanismo de controle e as responsabiliza por diversas mazelas sociais. Recordemos o Movimento Higienista e Eugenista brasileiro que entre o fim do século XIX e início do século XX atribuiu o atraso do país ao consumo de substâncias realizado por populações indesejáveis. Atribuiu-se aos “ex-escravizados” a responsabilidade pela degeneração da raça e os diversos problemas sociais a partir de uma elite que os considerava um obstáculo à modernização da nação (Bizzo, 1994; Boarini, 2012; Ramos, 2012; Saad, 2019; J. Souza, 2012; Zaniani, 2008).

O sistema capitalista transformou pessoas negras e drogas em mercadorias e, que apoia a proibição repressiva, usa o consumo de algumas drogas como culpado de fachada, quando na verdade as drogas por si só não são responsáveis pelas mazelas sociais. Escotado (1994) coloca que durante muito tempo na história da humanidade o consumo de drogas fez parte das práticas sociais, mas foi apenas com sua conservação em mercadoria é que o consumo se expandiu. Costa (2020) avalia que as produções de mercadorias no modo de produção capitalista e sua mercantilização são mecanismos essenciais da dinâmica da vida social. Logo, a produção, comercialização e consumo de drogas cumprem papel central nesse sistema que objetiva principalmente o lucro, nem que para isso explore, aliene, e desumanize os seres humanos. Neste compasso, defendemos que, assim como concluiu Matos (2023), para fazer frente ao proibicionismo, a RD deve ser no mínimo antiproibicionista, o que muitas vezes não ocorre em razão de posicionamentos de profissionais condizentes com a lógica neoliberal, proibitiva e repressiva.

Os movimentos sociais antiproibicionistas atuam no combate ao controle dos sujeitos e ou grupos sociais, prioritariamente de sujeitos socialmente pauperizados que vivenciam e refletem as graves expressões da questão social. Esse movimento é uma construção contra a hegemonia conservadora dominante que vem ocupando instâncias de controle social, de formação técnico-profissional, inserindo-se e fazendo articulações políticas, na produção de conhecimento, no atendimento e acolhimento de usuários/os de substâncias psicoativas, a fim de qualificar os serviços prestados por meio de políticas públicas sociais. São movimentos que buscam se contrapor à ordem do capital, pois endossam outra possibilidade de uma sociabilidade humanizada e livre da repressão. De tal forma que tem protagonizado a denúncia contra os governos que favorecem o acúmulo de poder econômico em detrimento dos sujeitos (C. Oliveira, 2023).

Deve caminhar em paralelo com o antiproibicionismo o antirracismo, considerando que o racismo e a proibição das drogas são corolários do sistema de acumulação capitalista. Colocando em destaque as questões raciais, Rosa e Guimarães (2020) sustentam que a RD deve ser antirracista, pois a formação social do nosso país se fez historicamente a partir da dominação das grandes potências capitalistas ocidentais, produzindo a desigualdade estrutural que articula marcadores de classe com os de raça/etnia e gênero. Como discutimos, o Brasil foi formado com base na exploração do colonizador europeu das relações de trabalho, escravizando indígenas e negros. Tais desigualdades foram sendo naturalizadas pelas elites dominantes e até hoje escamoteiam relações sociais que desconhecem a alteridade e as necessidades dos outros.

Rememoramos que as primeiras medidas do estado para responder às manifestações da questão social pautaram-se no assistencialismo, na institucionalização e, conseqüentemente, na segregação dos socialmente indesejáveis. A população negra foi a primeira e, continua sendo alvo prioritário da “guerra às drogas” em nosso país. As ações das políticas de álcool e outras drogas e o aparente combate tráfico retroalimentam o modelo manicomial. Sendo assim, defender a RD enquanto parte de um projeto ético-político que deve abranger outros modos de cuidado é se posicionar contra o racismo, empreendendo estratégias que respondam às necessidades culturais e sociais dos sujeitos, que avancem minimamente no enfrentamento às iniquidades.

Prado et al. (2020) colocam que a desigualdade e a discriminação contra a população negra mobilizaram ativistas negros que fazem parte do movimento antiproibicionista a reivindicar aquilo que nomeiam como “reparação histórica”. A primeira reivindicação é a de que, caso ocorra em nosso país uma regulamentação das drogas ilícitas, que seja associada a

algum tipo de reparação histórica para os moradores de favelas e periferias, em razão dos danos produzidos pela guerra às drogas. Esta reivindicação aparece na definição de que a RD pode ser uma estratégia mediadora dos efeitos do capitalismo, que pode ajudar a reparar seus danos e que dentro de um sistema centrado na indústria farmacêutica, poderia garantir “que essas pessoas de comunidade de periferia possam ser então as vendedoras licenciadas numa eventual legalização e não as indústrias farmacêuticas,. . .isso reduziria os danos de um modelo capitalista centrado na Indústria Farmacêutica” P.3¹².

Já a segunda reivindicação na direção de uma reparação histórica se refere à concessão de anistia aos que foram condenados por crimes relacionados ao varejo ilegal de drogas, que não tenham praticado violência. Como dissemos há pouco, nos últimos anos se multiplicaram no movimento antiproibicionista a presença de mulheres, de pessoas negras faveladas e periféricas que passaram a ocupar espaços de militância. Movimentos sociais como coletivos e organizações se definiram como na “Marcha das Favelas pela Legalização das Drogas” e no movimento “Drogas, Juventude e Favela”, esses dois do Rio de Janeiro, além da “Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas (INNP)”, de São Paulo e Salvador e movimento “Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)”. Tais movimentos passaram a pautar o debate antiproibicionista, considerando recortes de classe social, raça e gênero, reivindicando uma reforma política de drogas coerente com a reparação dos prejuízos perpetrados nos grupos mais discriminados (Prado, 2020).

Em 2014, essas reivindicações ganharam força em função das discussões sobre a legalização da maconha para fins medicinais. Naquele contexto, o avanço do mercado de produtos derivados da maconha provocou a preocupação dos movimentos antiproibicionistas, principalmente no que tange à regulamentação do uso não terapêutico. Os ativistas e especialistas da área buscaram o reconhecimento por parte do estado e deste novo mercado, das injustiças sociais e da necessidade de reparação material e simbólica dos danos sofridos pela população negra, pobre e favelada, cometidas pelas investidas proibicionistas. Como argumentos, os ativistas recorreram a dados que demonstravam que historicamente a proibição da maconha relaciona-se com motivações racistas em torno dos hábitos e elementos da cultura negra (Prado, 2020).

¹² Essa fala remete à iniciativa do estado norte-americano de Illinois, que destinou parte da arrecadação de impostos para as comunidades pobres e historicamente discriminadas.

Dando continuidade às concepções de RD, ela foi definida por um profissional acadêmico e redutor de danos como mediadora da democratização como assinala a fala de P.7 quando se refere que a RD concede:

A possibilidade de você não só ofertar acesso à política pública e a outros serviços que derivam dela como também cavar esse lugar na aproximação do universo acadêmico com o universo cotidiano da população que mais precisa. . .Então eu vou pensando na democratização no sentido de instrumentalizar o sujeito de direitos e como uma pessoa que oferta recursos do ponto de vista do Estado democrático de direito.

O registro do direito universal à saúde na legislação brasileira é inegavelmente uma conquista dos movimentos sociais que se ergueram em defesa da democracia e conseguiram incluí-lo no art. 196 da Constituição Federal de 1988, afirmando que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Em se tratando do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sabemos que o tema álcool e outras drogas percorre pelo menos duas vias. De um lado, temos programas do governo federal que fomentaram a efetivação da ampliação dos cuidados, pautados na desinstitucionalização, afirmados pela promulgação da lei 10.216/2001 – a Lei da Reforma Psiquiátrica. Na sequência, dez anos após este importante marco, por meio da portaria nº 3088/2011, o Ministério da Saúde passou a orientar que cuidado em saúde mental se organizasse por meio de componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Entre os dispositivos da RAPS cabe mencionar a atenção estratégica a ser efetivada pelo CAPS-Ad e no caso de crianças e adolescentes, também no CAPSi. Com a RAPS buscar-se-ia expandir serviços, ampliar e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais, inclusive também daquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, privilegiando o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências. Na construção desta rede, à Atenção Básica foi delegada a centralidade do cuidado e a tarefa de articular e integrar as ações no território, colocando para dialogar com os serviços especializados e os demais serviços da rede pelos quais o sujeito transita (Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011). Em

detrimento destas orientações, assistimos a continuidade, de modo mais agressivo, de projetos que têm como centralidade a abstinência, com as propostas de isolamento via internação.

Consonante com os princípios do SUS e o ideário da RP, em 2005, o Ministério da Saúde lançou o primeiro documento oficial voltado exclusivamente às crianças e aos adolescentes intitulado *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil* (Ministério da Saúde, 2005, p. 14) que apresentou princípios e diretrizes para orientar a construção do cuidado em saúde mental desta população, deliberando que o sistema público seria “um lugar de excelência de ação protetiva, de cuidados éticos emancipatórios”. Naquele mesmo ano a lógica da RD foi eleita como orientadora formal das práticas no campo do álcool e outras drogas dentro do SUS. Mais adiante, em 2014, o Ministério da Saúde publicou um segundo documento nomeado *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* que advertiu para a importância de não reduzirmos à doença questões que são muito complexas, que interseccionam as demandas relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2014).

Em que pese à marginalidade que as políticas de saúde mental infantojuvenis ocuparam na história da assistência no Brasil e no mundo (Couto & Delgado, 2015), graças aos avanços do SUS e da RP brasileira, vislumbramos possibilidades de cuidados em saúde antimanicomial, voltados à saúde integral dos sujeitos, em busca da garantia de acesso e do direito à liberdade.

Na contramão do referido documento vimos adolescentes serem internados em comunidades terapêuticas junto com outros adultos, permanecendo isolados como apregoam as práticas manicomial. O *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017*, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia revelou que do total de 28 comunidades inspecionadas, 18 receberam algum tipo de financiamento público, principalmente recursos destinados às políticas sobre drogas. Em 11 dessas comunidades as inspeções identificaram a internação de adolescentes, tendo constatado o compartilhamento de alojamentos entre adolescentes e adultos (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018).

Outras violações de direitos foram verificadas, pois em 24 comunidades foram presenciadas restrições de liberdade religiosa, imposição de uma rotina rígida de orações, obrigação na participação nas atividades religiosas, punição para aquelas que se negassem a participar das atividades religiosas, coação de internos de outras religiões, falta de respeito quanto à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero, tendência à repressão a sexualidade sendo vista como pecado, e a presença de “Laborterapia”, trabalhos forçados e

sem remuneração. A “Laborterapia” nada mais é do que o encobrimento do uso da mão de obra dos internos em trabalhos forçados em condições degradantes que indicam a existência de crime análogo à escravidão, considerando que aqueles que se negam a realizar as tarefas recebem castigos e punições. A substituição da contratação de profissionais pelo uso da mão de obra dos internos sem remuneração é alardeada como “terapia”. Em adição a isso, as comunidades dependem de voluntários que, na grande maioria dos casos, trocam o trabalho por abrigo e alimentação (CFP, 2018).

Como vimos no processo de luta pela democratização do país, os movimentos pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica primaram por um ideário socializador, reivindicando relações mais justas, igualitárias e democráticas. Em tempo, como observaram Paim et al. (2011), a reforma do setor de saúde brasileiro e a implementação do SUS foi (é) complicada pela manutenção do apoio estatal ao setor privado, bem como pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, além de um subfinanciamento que é crônico. Para os autores, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político e para superá-lo são imprescindíveis uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas.

Nessa conjuntura de concentração dos meios de produção como propriedade de poucos, a expansão cada vez mais intensa das relações público-privadas entre estado e mercado, a máxima liberal do “Estado Democrático de Direito” e de um “Estado de Bem-Estar Social” não se sustenta. Teoricamente, o Estado democrático de Direito se origina de ideais liberais como forma de limitar o poder do soberano e garantir as liberdades individuais. Para isso, rege-se pelo Direito e por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pela vontade do povo, assim como pelo respeito das autoridades públicas e a garantia de direitos fundamentais (Santana, 2022). Como fundamento deste estado, temos a constitucionalidade como força normativa, organização democrática da sociedade, sistema de direitos fundamentais individuais e coletivos, justiça social como dispositivo de correção das desigualdades, igualdade como articulação de uma sociedade justa, divisão de poderes, legalidade como medida de direito, segurança e certeza jurídica (Streck & Morais, 2000, p. 90 como citado em Santana, 2022).

Na visão de Soares (2001 como citado em Santana, 2022), o Estado democrático de Direito se manifestou na Constituição Federal de 1988, cujo empreendimento seria o de tornar a sociedade brasileira mais organizada e igualitária, tendo como ideia a racionalização da violência para que fosse combatida mediante os termos da lei, que é a garantidora da harmonia e justiça social. Já Ê. Silva (2005) comenta que o Estado democrático se erigiu a

partir de bandeiras do liberalismo como a conquista e manutenção da liberdade do indivíduo e de seus direitos fundamentais. Segundo a doutrina liberal, haveria a subordinação do estado ao Direito com a proteção de certos valores fundamentais do homem documentados na Constituição, no intuito de evitar os excessos do poder público. Para mais, o Estado democrático não se reduziria ao processo de escolha dos governantes pelo povo, pois o principal objetivo seria o de fomentar a legítima participação democrática do povo nos mecanismos de produção e controle das decisões políticas do estado. Os fundamentos do governo democrático seriam a liberdade e a igualdade política.

O conceito de estado de bem-estar social manifesta-se a partir das lutas sociais provenientes das contradições entre o avanço das liberdades públicas e o intenso quadro de desigualdades sociais experimentadas pela classe trabalhadora do século XIX. A situação de miséria dentro do estado mínimo alavancou questionamentos acerca do papel do estado em relação à questão social. O estado de bem-estar social é resultado da luta de classes, da pressão contra as desigualdades vivenciadas pela classe trabalhadora com a exigência de intervenção do estado visando à promoção de justiça social. Contudo, o estado de bem-estar social apesar de incorporar elementos do socialismo conserva os interesses capitalistas encobrendo assim o totalitarismo do grande capital. Destarte, revela a fragilidade dessa construção, em razão de seu aspecto social na verdade acobertar uma estrutura política concentradora de poder e desprovida de legitimidade popular (Ê. Silva, 2005).

No contexto latino-americano, Faleiros (1991) argumenta que nunca existiu o estado de bem-estar social em virtude da profunda desigualdade social de classes e a falta de acesso universal às políticas sociais e, quando o acesso ocorre, ele se dá segundo critérios clientelísticos e burocráticos. Embora haja a implantação e políticas sociais, não significa uma garantia de direito plena, pois a assistência varia de acordo com os recursos do governo, arranjos políticos e conjunturas eleitorais. Para mais, a lógica público-privada é promovida pelo estado, valendo-se de vários convênios, alianças, amizades, empregos e subornos. As políticas sociais se convertem em um sistema que transforma direitos em favores ao estado e, até mesmo sua vinculação ao voto em eleições.

O modelo de serviços sociais na América Latina é perpassado por mecanismos de integração e exclusão controlada de certos setores da população. A harmonização social citada de antemão por Santana (2022), ao dissertar sobre os objetivos do Estado democrático de Direito é rebatida por Faleiros (2000, p. 26), ao sublinhar que a harmonização é vista como neutralidade, mas que o desfecho da relação de forças é o predomínio dos interesses do capital.

Analisa Boschetti (2019) que nos momentos de crise constitutivos do sistema capitalista as políticas públicas sociais são atacadas de modo mais enfático. Tais crises resultam da contradição essencial do modo de produção capitalista, no qual a riqueza socialmente produzida pelos trabalhadores é acumulada por poucos. Hodiernamente, a crise do capitalismo se manifesta em um aniquilamento nunca antes visto dos postos de trabalho e pela crescente precarização das relações de trabalho. Ao mesmo tempo em que o capitalismo ataca as políticas sociais, igualmente se serve delas como instrumento de manutenção de força de trabalho.

Nesse interjogo, recuperamos a fala de P.3 que coloca que para definir RD deveríamos, primeiro:

Olhar para como as relações estruturais. . .e para a necessidade de pensar diferentes contextos os diferentes sujeitos que fazem uso da substância e para tanto, seria imprescindível considerar como. . .no Capitalismo a gente vende objetos fetichizados, a gente precisa fazer essa discussão sobre o lugar da substância não só pelo seu efeito químico, mas também pelo seu efeito simbólico (P.3).

Assim, a RD é definida via de desmistificação do capitalismo, ao passo que nos questionamos o alcance do seu poder ante as questões estruturais que a antecede.

Voltando à RD como mediadora da democracia, na literatura encontramos Rodrigues e Silva (2021) que reforçam que a RD é coerente com os princípios democráticos do SUS, defendendo-a como um possível instrumento de democratização à medida que busca a materialização dos princípios do SUS nos territórios de maior vulnerabilidade social. Entretanto, a instrumentalização do sujeito de direitos esbarra nas expressões da questão social. Em que pese às contribuições da RD no campo da saúde e em suas articulações intersetoriais, a oferta de serviços públicos, a instrumentalização do sujeito de direitos extrapola sua competência, posto que o controle da oferta de políticas públicas sociais pela elite, a ações do estado que ferem os direitos individuais, nomeadamente as violências perpetradas por ações de repressão e a mercantilização da saúde das pessoas que usam drogas, são intervenções que ferem os ditos “direitos humanos”, que na verdade são direitos do capital.

Concordamos com Costa (2021), quando salienta que as relações que estabelecemos com as drogas não se dão em um vácuo sócio-histórico e, que a RD por si só não é responsável pela transformação da realidade. Em contrapartida, a RD não deve se

desresponsabilizar e se prostrar em uma eterna espera pela transformação social radical, tendo em vista que sua principal limitação é a ausência de associação a uma crítica radical da sociabilidade capitalista e uma análise mais totalizante. Assim, o autor assevera que a RD alcançará um salto qualitativo quando for capaz de aliar as críticas da política proibicionista, sua lógica de abstração e ação à crítica da sociabilidade capitalista, tendo em vista as particularidades da formação social brasileira. Para tanto, tal radicalidade deve confluír de baixo para cima com a militância e a articulação entre diferentes movimentos sociais.

Para mais, como já concluiu Matos (2023), a RD deve convergir na direção de um projeto ético-político anticapitalista que prime por uma sociedade que rompa com TODAS as formas de exploração e opressão vivenciadas pela classe trabalhadora, considerando as contradições constituintes do sistema capitalista que culminam em uma realidade material produtora das mais diferentes formas de sofrimento. Apenas enquanto projeto ético-político anticapitalista teremos uma RD coerente com o compromisso coletivo e social de luta pela emancipação de TODAS as pessoas, sejam elas crianças, adolescentes ou adultas.

Feitas essas ressalvas, como anteriormente anotamos, a relação de qualquer sujeito com a droga não pode ser compreendida desvinculada do contexto sócio-histórico e das funções que ela cumpre na sua vida. Vimos que estas funções podem envolver desde a busca por amenizar a fome, o frio, as formas de violência, até a busca por sensações prazerosas e de pertencimento. Contrapondo-se às visões universalistas e naturalizantes, a RD considera que o consumo problemático envolve questões complexas que extrapolam o uso em si, como bem pontuaram Joia et al (2016) já citados.

Para mais, reiteramos que não se trata de atribuir às políticas públicas um caráter salvacionista, nem descartá-las por conta da sua gênese e papel social. Em uma leitura materialista histórico-dialética, compartilhamos da defesa de Castro (2023) que entende que o cuidado em saúde deve considerar os processos críticos presentes na vida do sujeito, de modo a fortalecer e criar outros processos críticos que sejam protetivos, partindo das reais necessidades produzidas na materialidade da vida. De acordo com a autora, atividades e vínculos geradores de sentido podem contribuir com a promoção de mais autonomia e humanização, de modo que novos interesses e necessidades possam surgir.

O tripé droga-indivíduo-sociedade precisa ser pensando pela RD para delinear as ações de atenção à saúde (Silveira, 2008). Rememorando a dialética objetividade-subjetividade, como fundamento da psicologia de base marxista, compreendemos que a constituição humana se faz nos modos como os homens se organizam para produzir a vida, em cada tempo e lugar. Nas relações sociais de produção se encontram a origem da

consciência humana e as necessidades humanas nascem da existência de objetos (Leontiev, 1978). Ocorre que a manutenção da sociedade capitalista depende da criação de novos objetos e novas necessidades e, neste processo, as substâncias psicoativas se incluem. O fetichismo engendrado pelo falseamento de que as relações interpessoais se apresentam como relações entre coisas e não entre pessoas, produz relações alienadas entre as pessoas e os objetos (Jappe, 2018). Essas reflexões atestam quão limitadas são as promessas da lógica proibicionista.

Relembramos que ao longo do tempo e em diferentes contextos a RD foi sendo compreendida, conceituada e materializada de diversos modos. Nesse processo essa diversidade de conceitos e concepções de RD atravessaram a elaboração de políticas de álcool e outras drogas e de cuidado em saúde/saúde mental. Quando voltamos à Europa relembramos que a RD surgiu com objetivos utilitaristas, inicialmente com intervenções envolvendo a troca de seringas e as orientações voltadas ao alastramento das infecções sexualmente transmissíveis. Resumidamente, quando chegou ao Brasil, em 1989, firmou-se com os mesmos objetivos. Mais tarde, no início dos anos 2000, em razão da articulação entre as políticas HIV/Aids e do movimento da RP brasileiro em curso desde finais da década de 1970, voltou-se à luta pela garantia do direito à saúde, passando a integrar o campo da saúde mental no início dos anos 2000. Desta articulação nasceu a Política de Atenção Integral para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, que colocou a RD no patamar de diretriz para os cuidados em saúde do SUS. Nesta caminhada, a RD institucionalizou-se como política, preconizando que pessoas que consomem álcool e outras drogas têm o direito universal de serem atendidas, mesmo as que não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Adiante, veremos esforços para uma articulação entre as diferentes políticas setoriais, na busca por garantir direitos humanos e desenvolvimento social, inclusive cobrando que tais políticas reconhecessem as interseções entre raça, gênero e orientação sexual (Petuco, 2020).

Para promover a intersetorialidade, o governo federal e alguns estados como Pernambuco, Bahia e São Paulo promoveram programas que valorizaram os princípios da RD e fomentaram ações intersetoriais. Pernambuco registrou iniciativas como a da organização não governamental intitulada “Instituto Papa” que trabalhou o uso de drogas e sua relação com a masculinidade. Também realizou concurso público para a contratação de redutores de danos, implementou o projeto “Casa do Meio do Caminho” que funcionava como uma casa de acolhimento, criou serviços de assistência social especializados no atendimento de usuários e implantou o *Programa Atitude* em 2011, lotado na Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Pernambuco. Buscando a articulação intersetorial o *Programa*

Atitude teve como objetivo concretizar o cuidado integral dos usuários, por meio de ações de proteção da vida, abrigo, testagem para o HIV, encaminhamento para o CAPS-Ad, iniciativas de geração de trabalho e renda, acesso à educação e cultura. (Petuco, 2020).

Já na Bahia foi desenvolvido o programa *Corra para o Abraço* que igualmente buscava viabilizar a atenção integral, mediante a articulação intersetorial. Lotado na Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado, o programa atuava na redução de danos sociais decorrentes do consumo de drogas, da estigmatização dos usuários, da violência e do racismo institucional. Na cidade de São Paulo, por sua vez, em 2014, um programa de articulação intersetorial denominado “De Braços Abertos” oferecia ações de trabalho, renda e moradia, articulando ofertas de atenção à saúde, educação, cultura, assistência social e direitos humanos (Petuco, 2020).

Nacionalmente, em 2014, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) lançou o “Projeto Redes”, com o objetivo de financiar e apoiar iniciativas municipais de articulação intersetorial. Para tanto, previu repasse de recursos públicos para que mais de 30 cidades desenvolvessem ações intersetoriais com vistas à garantia de trabalho, renda e moradia para pessoas que consumiam drogas e se encontravam em situação de vulnerabilidade social (Petuco, 2020).

Os poucos exemplos relatados acima confirmam que a RD, em alguns municípios, inspirou a elaboração de políticas. Como já afirmaram diferentes autores (Boarini & Machado, 2013; Lopes, 2019; Rodrigues & Silva, 2021), a RD se imbricou à *Política de Atenção Integral Álcool e Outras Drogas*. No texto da referida política há o alerta de que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado e que as práticas de saúde devem levar em conta as singularidades e a diversidade da relação humana com as drogas, sem julgamentos. Além disso, como já discutido, apontou para a importância da participação e do engajamento do usuário mediante o estabelecimento de vínculos, ampliação do grau de liberdade e de corresponsabilidade (Ministério da Saúde, 2003).

Naquele contexto, a Política de Atenção Integral Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003), apostou na RD como uma abordagem clínico-política, para que o foco das ações não permanesse simplesmente na mudança comportamental, mas mediasse a construção de redes de suporte social, de movimentos possíveis na cidade, no avanço dos graus de autonomia dos usuários do SUS e de seus familiares. Assim, definia que o *locus* das ações seriam os múltiplos espaços pelos quais esses sujeitos transitam e que os equipamentos de saúde (que desenvolvem ações continuadas de promoção, prevenção e reabilitação)

articulariam outros pontos da rede intersetorial composta por serviços e profissionais da educação, trabalho, assistência social etc.

No que se refere à Política de Atenção Integral Álcool e outras Drogas para alguns dos entrevistados, ela seria um avanço como expressa P.2 ao dizer que:

A partir da definição da política do ministério da saúde a RD tomou mais força. Se constitui em um ambiente onde não se tinha mais a vigência de um discurso único sobre como fazer cuidado, como fazer prevenção no cenário brasileiro. Durante praticamente todo século XX teve a vigência de um discurso único, que era o discurso da pedagogia do horror, era o discurso do diga não às drogas, da abstinência como sendo único caminho (P.2).

Falar das pedagogias coercitivas nos leva a rememorar que historicamente o foco das ações voltadas às crianças e aos adolescentes que consomem substâncias recaiu sobre propostas educativas, como se o consumo fosse motivado apenas pela falta de informações e como se a prevenção dependesse exclusivamente de estratégias disciplinares. Na atualidade, a manutenção desta concepção aparece no formato de uma publicação no portal do Ministério da Educação (MEC) que nos apresenta como importante programa de prevenção ao uso de drogas, o já citado *Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD)*. Anteriormente, nessa dissertação, discutimos sobre o PROERD e agora relembramos que esse modelo de intervenção surgiu nos EUA, na década de 1989, sendo posteriormente importado para mais de 58 países. A proposta intenta que estudantes do quinto ano do ensino fundamental sigam o lema “Manter nossas crianças longe das drogas”. A duração do curso é de apenas quatro meses, sendo ministrado por polícias militares voluntários que dizem ao estudante como se manter longe das más companhias, evitar a violência e resistir às pressões sociais (Ministério da Educação [MEC], n.d).

A estratégia “educacional” exposta na cartilha do PROERD nos confirma que o foco continua sendo o alarde dos riscos e das consequências negativas do uso de drogas, prometendo com tal investida o fortalecimento individual e a resistência às influências nocivas do meio. Nesta toada, somos reconduzidos ao início do século XX quando o ideário higienista vigente defendia que era urgente afastar a criança e o adolescente dos perigos do ócio e do vício, associando a construção de uma nação próspera à formação do trabalhador ordeiro e disciplinado (Zaniani, 2008).

Amiúde, notamos que a oferta de cuidados em saúde/saúde mental (bem como a falta deles) no campo álcool e outras drogas, também no que tange à população infantojuvenil é delineada pelo proibicionismo. O cuidado integral em saúde/saúde mental é travado pelo discurso que apregoa que o único caminho é a abstinência e que presume que o distanciamento das substâncias psicoativas deve ser alcançado a qualquer custo. Contudo, como vimos ressaltando, torna-se contraproducente e irrealista elaborar políticas e fundamentar ações em posicionamentos tão reacionários.

Ainda sobre avanços associados à Política de Atenção Integral Álcool e outras Drogas, o P.3 complementa a fala do P.2 apontando que ela contribuiu para o trabalho com adolescentes porque não limitou a noção de RD e concebeu que era basilar ampliar:

Os vínculos, os fatores de proteção. . .colocando o adolescente no lugar de sujeito de direitos ao invés de menor. . . Até então, a política sobre drogas que tínhamos em 2003 era de 1976, escrita na ditadura, ainda com esses termos como menor de idade (P.3).

O excerto acima nos remete à promulgação do ECA na década de 1990 que substituiu o antigo Código de Menores, que data de 1927, sendo reformulado em 1979. Tal lei voltava-se à prevenção à delinquência e era destinado aos considerados em situação irregular: considerados moral ou materialmente abandonados (Marinho; Galinkin, 2017). Como vimos, o ECA mudou radicalmente esta doutrina, considerando crianças e adolescentes como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).

Assim como o ECA, a Política de Atenção Integral Álcool e outras Drogas mencionava que a sociedade deveria assumir o compromisso ético de cuidar de suas crianças e adolescentes. Naquele documento anota-se a sugestão do aumento da atenção integral para este público, posicionando o CAPS-Ad como dispositivo de materialização da lógica da RD, inclusive, demarcando sua prioridade na oferta de intervenções breves voltadas aos adolescentes que usam drogas (Ministério da Saúde, 2003).

No entanto, alguns dos entrevistados como o P.6 acreditam que essa política não colaborou para maiores mudanças na atenção à saúde/saúde mental às crianças e aos adolescentes em nosso país, pois:

A política de atenção ao usuário de 2003 trouxe a RD como uma diretriz, mas não como se fosse, assim, induzir o processo. Não necessariamente que os estados e

municípios colocaram isso como prática. . .se mudou alguma coisa é muito pouco. (P.6).

Nesta direção, o P.5 sublinha que no trato com crianças e adolescentes e RD, a realidade é a de que:

O que sempre existiu na verdade foi uma discussão sobre qual seria a política pública mais adequada para crianças e adolescentes que estivessem na escola e, como é que você poderia fazer. E essa discussão acabou na intervenção. . .que acha que a polícia entra na escola, fala mal de drogas e as crianças dirão não as drogas (P.5).

Outro entrevistado P.4 reiterou que a que a Política de Atenção Integral aos Usuários de Alcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003), que cita a RD como uma possibilidade de trabalho com adolescentes na verdade:

Não produziu grandes avanços porque mesmo a RD sendo colocada como uma estratégia que poderia ser utilizada com crianças e adolescentes, do que fez na realidade foi causar inconsistências, tabus e interpretações equivocadas da concepção de proteção do ECA. O que se viu foram ações independentes, segmentadas e pontuais, porque o documento fez apenas tímidas menções acerca do cuidado de crianças e adolescentes, não conformando diretrizes específicas de como a RD se configuraria. Podemos ver que programas como o PROERD continuam veiculados e valorizados pelo estado, isso mostra que o modelo proibicionista está longe de ser superado (P.4).

Alguns entrevistados compreendem que ao avançar para o campo político, a Política de Atenção Integral Alcool e outras Drogas, de 2003, foi operadora de mudanças importantes, enquanto outros afirmaram que tal política não favoreceu mudanças na atenção à saúde/saúde mental de crianças e adolescentes e sequer induziu processos de trabalho nos municípios. Ao não especificar o que seria e como se materializaria a RD junto aos adolescentes, tal política pode ter contribuído para reforçar tabus provenientes do discurso conservador e proibicionista, pois na atualidade o alarde segue sendo o da prevenção com foco na individualização das responsabilidades, como é próprio do sistema capitalista de produção.

Em síntese, vimos que os conceitos e as concepções trazidos pelos profissionais entrevistados sobre RD são variados. Há aqueles que apontam sua polissemia definindo a RD ao mesmo tempo como um paradigma; uma política pública; uma prática e ou um conjunto de intervenções. Há os que a definiram como diretriz ético-clínica-política e mais, como diretriz antirracista. Entrevistados definiram a RD também como uma abordagem antiproibicionista, como mediadora de um cuidado mais humanizado e como mediadora da democratização. Por fim, alguns definiram ainda a RD como via de desmistificação/minimização dos efeitos do capitalismo. Todos os profissionais entrevistados lançaram mão de definições muito presentes no mundo acadêmico, posicionando-se de forma crítica em relação às concepções de RD e procurando evidenciá-la como possibilidade de um cuidado mais humanizado.

4.4 Eixo 2: A RD em iniciativas com crianças e adolescentes no Brasil

Retomando o objetivo geral desse trabalho que busca refletir “se” e “como” a lógica de Redução de Danos (RD) se aplica à adolescência, a análise do presente eixo procurará identificar a existência de ações de RD no Brasil voltadas especificamente à população infantojuvenil, partindo do modo como os entrevistados – profissionais técnicos e pesquisadores experientes do campo do álcool e outras drogas - entendem sua implementação. Partimos da dialética singular-particular-universal para compreendermos que essas falas singulares trazem elementos da vivência de cada sujeito da pesquisa, ao mesmo tempo que expressam a totalidade histórica e social da qual fazem parte (B. Oliveira, 2005).

Não à toa esse é o menor dos nossos eixos de análise. Nas entrevistas foi notória a escassez de experiências de RD junto às crianças e aos adolescentes no Brasil, confirmando o quanto ainda precisamos avançar nessa reflexão. Grande parte dos entrevistados alegou que conhecia mais iniciativas e experiências voltadas à população jovem-adulta, mas apesar disso, demonstraram concordar que a RD não exclui crianças e adolescentes.

Vimos que mesmo quando as ações não estavam voltadas às crianças e aos adolescentes mostravam-se instigados a identificar caminhos condizentes com a lógica da RD que compartilhavam. O P.2 reiterou:

Os primeiros programas de RD de ONGs ou de governo, estavam focados principalmente nos usuários adultos de drogas, mas quando a gente chegava no

trabalho de campo encontrava criança e adolescente, a gente não virava as costas embora não fosse um fazer cuidado para atender essa população (P.2).

Do mesmo modo, a fala do entrevistado P.5 demonstra postura semelhante e complementa fala anterior quando cita que, embora seu trabalho não seja voltado ao público infanto-juvenil:

Se aparecer gente dessa faixa etária eles trabalham, não teria nenhuma restrição. . . A gente acolhe essas pessoas, tem uma espécie de um Drop-in Center que é um local aonde as pessoas vêm, comem, tomam banho e assistem televisão. Tem conversa com os redutores de danos, falam de drogas, falam de sexo e recebem camisinha. Por enquanto a gente não teve assim visita de adolescente. . . então assim, a gente tá preparado, se vier a gente vai atender, entendeu? Mas o projeto não é feito para isso (P.5).

Como aprendemos, como estratégia, a RD nasceu dirigida aos adultos, a fim de evitar a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Na virada do milênio, o consumo de drogas injetável diminuiu drasticamente e com isso a RD não acabou, mas se converteu em uma ética capaz de contribuir com a organização do cuidado de pessoas que usavam drogas (Petuco, 2020). Nada obstante, estudos de Nunes e Andrade (2009) e S. Silva (2010), com populações vulneráveis, indicaram a presença em campo de adolescentes em situação de rua que faziam uso de substâncias revelando que as intervenções em RD procuravam orientar esses usuários a como reduzir danos e construir estratégias de prevenção contra as infecções sexualmente IST's.

No que concerne à aplicabilidade RD nos CAPS, dois dos entrevistados declararam que já presenciaram o trabalho destes serviços junto aos adolescentes. Segundo o relato do P.1 sobre atuação mencionou “Participei de algumas ações pontuais do CAPSi de Santos-SP e sei que este serviço tem experiências com adolescentes e RD”. Sobre o trabalho do CAPS, o profissional P.2 complementa dizendo que:

Claro que na prática muitos adolescentes chegavam nos CAPS-Ad e eu vejo que alguns CAPSi aceitaram um desafio de tentar incorporar elementos de uma ética da RD na hora de pensar o cuidado para crianças e adolescentes, sobretudo as em situações de extrema vulnerabilidade social, em situação de rua, em situação de

afastamento das famílias. . .O CAPSi de João Pessoa era um serviço que aceitava o desafio de trabalhar numa lógica de RD. Por outro lado, a gente sabe que tem muitos no Brasil que tem trabalho com criança e adolescentes usuários de drogas, mas são contrários à essa lógica.

As falas referenciadas acima nos ajudam a perceber que as ações dentro de dispositivos públicos da RAPS, como os CAPS, não são homogêneas. Alguns se empenham para incorporar os princípios da RD em seu cotidiano, como corroboram observações e entrevistas realizadas no estudo de Tristão e Avellar (2019) em um CAPSi. O estudo mostra que no contexto destes serviços existem ao menos quatro compreensões sobre a RD: como redução do uso; como uma forma de ampliar as possibilidades de relação dos sujeitos com o mundo; como uma questão complexa dada à infância e adolescência serem fases do desenvolvimento, e por fim, como importância de trabalhar com o interesse do adolescente. As autoras observaram que os profissionais do CAPSi pensaram a redução do uso como uma possibilidade de minorar prejuízos no desenvolvimento do adolescente, como garantir a frequência na escola ou até mesmo a participação em outras atividades. Assinalaram a importância de avaliar a necessidade e desejo dos sujeitos, não excluindo a RD e nem abstinência como alternativa. Como forma de ampliar as possibilidades de relação com o mundo, para que os adolescentes encontrem caminhos mais atrativos do que o uso de substâncias, os profissionais indicaram tentativas de inserção dos adolescentes em outros espaços. Nesse caso, podemos observar que os profissionais consideraram a RD como desfecho, opondo a RD à abstinência, quando na verdade apenas não a considera a principal meta a ser alcançada. Atentos a esta reflexão, compreendemos que o objetivo maior do cuidado em saúde/saúde mental deveria ser a busca por uma vida mais humanizada, menos alienada, seja essa vida atravessada pelo consumo das drogas ou não.

Nada obstante, a pesquisa de Tristão e Avellar (2019) revelou que a inserção dos adolescentes nos serviços de saúde é dificultada pela falta de vagas ou porque o adolescente não atende a alguns “pré-requisitos”. As discussões sobre a complexidade dessa “fase de desenvolvimento” humano levantaram questionamentos por parte dos profissionais ouvidos sobre a maturidade para decidir sobre o consumo e se tais decisões, que perpassam o cuidado em saúde, não deveriam ser mais ágeis, dada a “brevidade” desse momento. Além disso, os profissionais acreditam ser importante trabalhar com as preferências e interesses dos adolescentes, pois em muitos casos eles são direcionados ao CAPSi pela justiça ou pelo desejo da família. Nessa direção, as autoras concluem que mesmo quando há abertura para

uma atenção baseada na RD, muitos profissionais ainda receiam implementá-la junto às crianças e aos adolescentes e que, em muitos casos, a RD e o proibicionismo convivem lado a lado.

Seguindo o resgate de alguns estudos voltados a identificar experiências de RD, citamos Worcman & Morganti (2019) que realizaram uma pesquisa em um CAPS-Ad e concluíram que o paradigma proibicionista conforma a subjetividade dos profissionais de saúde, bem como dos usuários. As autoras sublinham que a questão do uso de drogas é objeto de grande polêmica na sociedade, pois está atrelado ao imaginário de conflito e pavor. Os grupos de mútua ajuda e as comunidades terapêuticas seguem com influência social, posto que são grupos com acesso facilitado e impacto nas concepções de senso comum. Deste modo, torna-se um desafio sustentar que o objetivo da atenção em saúde é promover qualidade de vida e não cura, que geralmente é traduzida pela renúncia do consumo e observam que a concepção de que o usuário que necessita ser curado precisa ser desconstruída e a atuação extrapolar a clínica tradicional, avançando para o social-cultural. As autoras concluem que mesmo que a RD compusesse as diretrizes políticas, concepções preconceituosas e moralistas, fruto do paradigma proibicionista, mantém-se como obstáculo à aplicabilidade da RD.

Partindo da conclusão das autoras supracitadas, retomamos que a RD emergiu de iniciativas públicas, mas que RD tem se desenvolvido principalmente fora do escopo do estado, com o protagonismo de movimentos sociais que pressionaram o governo a garantir algum direito às pessoas que usam drogas. Verificamos que grande parte de ações de RD que existiram ou existem no país depende de ações de militantes integrantes de movimentos sociais que com frequência atuam em organizações não governamentais – ONGs.

Ante a ausência de políticas públicas, a atuação em RD com adolescentes tem acontecido, portanto, mediante ações de entidades que se intitulam “sem fins lucrativos”. Algumas há tempos se envolvem com iniciativas de RD e junto ao público infantojuvenil buscam promover direitos sociais, enfrentar a exclusão social, essencialmente daquelas pessoas tidas em situação de vulnerabilidade. Estas organizações geralmente são financiadas pelo estado e por doações de pessoas físicas e jurídicas. O P.4 menciona que um dos melhores projetos em RD idealizados para crianças e adolescentes na cidade de São Paulo foi efetivado por meio de uma ONG, apontando que:

Um dos maiores avanços. . .em relação à criança e adolescente foi a estratégia desenvolvida pelo Projeto Quixote, entre os anos 2007 até 2016. . .onde ele

conceituava que as crianças deveriam ter o título de refugiados porque eles estavam vivendo uma guerra nas periferias e muita violência. Então, precisavam ter um lugar para se refugiar.

O projeto ainda existe e tem um site que registra sua história: foi iniciado no ano de 1996 no *Programa de Atendimento a Dependentes (PROAD)* do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a partir da união entre o psiquiatra Auro Lescher, a psicóloga Graziela Bedoian e um grupo de educadores sociais que trabalhavam com crianças em situação de rua. O grupo de educadores que fez um curso no PROAD solicitou a supervisão dos profissionais citados, a fim de encontrar estratégias para lidar com o uso de crack por parte dos atendidos. O projeto privilegiou a arte, a educação e a saúde como recursos para a formação de vínculos. Além da oferta de oficinas artísticas, na atualidade, o projeto realiza atendimentos de saúde/saúde mental, trabalha as relações familiares e vínculos e afetos e projetos de futuros. (Quixote, n/d). Apesar de não aparecer menções diretas a RD, no site do projeto, a publicação *Mundo do trabalho e juventude em situação de risco: Ensino e Pesquisa Projeto Quixote* de 2008, faz alusão aberta à RD.

Caminhando na exploração dos conteúdos das entrevistas, o relato do profissional P.3 apresenta outra forma de trabalhar a RD com adolescentes, com foco no direito à apropriação da cidade e às artes, contando que:

Trabalhei nesse projeto que eu escrevi o doutorado. . . A gente levou isso, mais para o campo da reinserção social e com isso trabalhamos muitos paradigmas da RD. O primeiro deles era não olhar para relação do sujeito com a substância, mas olhar todo o contexto que ele estava inserido. . . Outra coisa que a gente fazia muito lá era inserção por meio da arte, com linguagens como grafite. . . a gente ia de bicicleta para os lugares e com isso fazia também atividades de apropriação da cidade, de ressignificação dos territórios com a perspectiva da bicicleta. Isso é interessante porque eu lembro de relatos de adolescentes que sempre passavam em lugares de uma cena forte de uso de substâncias e falavam assim: “Nossa, eu sempre passei aqui ou para usar ou para vender e que legal que agora eu posso passar aqui de bicicleta olhar a cidade de outro jeito (P.3).

A referência à experiência dos entrevistados que em algum momento trabalharam com RD direcionada para adolescentes, testemunhamos a preocupação com a existência de um

lugar seguro de cuidado que pudesse proteger crianças e adolescentes da “guerra às drogas”, sem negar realidade do consumo de substâncias e sua condição, na tentativa de garantir o direito à ocupação da cidade e apropriação da arte como novas formas de expressão estética.

Ao pensar em um projeto de cidade balizado pelos princípios da RD em 2014, no mesmo ano em que aconteciam os “rolezinhos”¹³, a ONG *Centro de Convivência É de Lei*, que trabalha com a abordagem da RD, realizou uma postagem divulgando a “II Marcha Internacional Contra o Genocídio do Povo Negro”, expondo seu posicionamento contra a segregação e violência contra essa população. Publicizou que a violação dos direitos humanos das pessoas que consomem drogas incide majoritariamente sobre o povo negro, maioria que se encontra em situação de vulnerabilidade e, em sequência, obtém menos acesso aos espaços de afirmação e garantia de direitos. A ONG ainda mencionou que o racismo institucional e estrutural acirra as desigualdades, enquanto as diretrizes dos serviços básicos e especializados refletem a política de “guerra às drogas” que estigmatiza e encarcera, como vimos discutindo, jovens negros usuários de drogas. Como reiterado anteriormente, a conclusão é que, diante dessa realidade, a RD deve se posicionar abertamente no combate ao racismo (Delmanto, 2014).

Para se pensar a negação desses direitos e o caráter de classe dos espaços urbanos, recorreremos às reflexões de Harvey (2008) sobre o direito à cidade que nos mostra que vivemos em uma época na qual o conceito de direitos humanos não desafia a lógica do mercado neoliberal, o modo de legalidade dominante e a ação estatal. Os direitos à propriedade privada e as taxas de lucro são priorizados, em detrimento de todas as outras noções de direito, inclusive o nomeado “direito à cidade”. Para o autor, a urbanização encerra um caráter de classe, uma vez que o nascimento das cidades resulta da concentração geográfica do produto excedente, que é extraído de algum lugar e de alguém, ao passo que o controle e a distribuição se concentram nas mãos de poucos. A acumulação do capital exige a produção de excedente para a obtenção da mais-valia, que será investida com o propósito primeiro de ampliação desta mais-valia, daí o crescimento contínuo da urbanização sob o capitalismo.

¹³ A ocupação por jovens de bairros periféricos de espaços da cidade como shoppings centers localizados em bairros de classe média, foi colocada sob os holofotes e ganhou destaque no ano de 2014. Esse movimento foi denominado “rolezinhos” e causou apreensão entre os tradicionais frequentadores, levando alguns proprietários de estabelecimentos a buscarem na justiça o direito de proibi-los. O assunto foi amplamente debatido nas redes sociais e na mídia, escancarando a segregação, o racismo, bem como o consumo como forma de inclusão social (Pinheiro-Machado & Scalco, 2014).

Harvey lembra que no capitalismo há uma crescente necessidade de encontrar terrenos lucrativos para a produção e absorção de excedentes do capital. Porém, se o capitalista se defronta com barreiras para a livre expansão, buscam-se novos meios para incrementar a lucratividade e a exploração do trabalho é uma delas. Se o trabalho é escasso e o salário é considerado alto, o trabalho existente deve ser disciplinado com medidas tecnológicas como a indução artificial do desemprego, a opressão do poder de organização da classe trabalhadora, ou a busca por nova força de trabalho mediante imigração, exportação de capital ou proletarização de elementos que até então independiam da população. Para além da exploração das pessoas, no capitalismo testemunhamos a exploração do ambiente porque os capitalistas estão sempre em busca de novos meios de produção (Harvey 2008).

Nessa toada, o autor adverte que a vida urbana vira mercadoria assim como a própria cidade. Em um mundo onde o consumo impera, o turismo, a indústria da cultura e do conhecimento se mostram como as principais constituintes da economia política urbana. Lembra que a tendência pós-moderna de transformar hábitos de consumo e formas culturais em nichos de mercado vende a ideia de que há liberdade de escolha. Os abastados vivem em comunidades fechadas e espaços públicos privatizados, sob constante vigilância, enquanto ao desprivilegiado, marginalizado do poder político e pobre, resta circular nos espaços da cidade que não interessam. Logo, para Harvey (2008), o direito à cidade não compõe uma liberdade individual, mas coletiva, sendo que o projeto de cidade não poderia estar apartado do tipo de laços sociais, relação com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos que queremos.

Olhando para essas questões, refletimos que a escolha do shopping center como local dos “rolezinhos” representa a ostentação como uma forma de ascensão na sociedade de consumo. No campo do simbólico, o “rolezinho” se coloca como o rompimento das barreiras de classe e localiza o acesso das classes populares a bens e espaços que comumente são acessados somente pela classe média. Atentando para os comentários na internet, Pinheiro-Machado e Scalco (2014) identificaram acusações de vagabundagem, violência e ridicularização dos jovens, descortinando o preconceito como marca da não aceitação da ocupação do espaço das elites. Apesar da argumentação de que os “rolezinhos” deveriam ser proibidos porque causavam tumulto e aglomeração no espaço público, o verdadeiro descontentamento era a ameaça vivenciada pela classe média, que antes tinha a desigualdade como sua fiel protetora, concluem os autores.

O exame dos princípios da RD e da Lógica da Atenção Psicossocial, que parcialmente orientou a RP brasileira, nos recorda de dois documentos oficiais que orientam o

planejamento da política de saúde mental de crianças e adolescentes no SUS (Ministério da Saúde, 2005; 2014).

Nestes documentos a intersectorialidade aparece entre os princípios que devem reger o cuidado em saúde mental dessa população. Ademais, a intersectorialidade nos remete a outro princípio doutrinário do SUS, que é o da integralidade, que compreende tanto o sujeito na sua integralidade quanto que as ações devem envolver a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. A articulação RD-intersectorialidade atravessa a fala dos entrevistados, aparecendo como fundamento de uma atenção em saúde integral às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, especialmente daqueles que se encontram em condição peculiar de desenvolvimento.

Pondera-se que o estado que inibe a circulação de crianças e adolescentes da classe trabalhadora é o mesmo que preconiza a atenção intersectorial e integral dessas em documentos orientadores do campo da saúde. Com base nas experiências relatadas pelos profissionais, a RD deve se posicionar contra a sociabilidade capitalista que exclui crianças e adolescentes, a fim de maximizar a luta contra a negação desses sujeitos.

As experiências relatadas de RD com adolescentes pelos entrevistados sinalizam que mesmo diante dos tensionamentos do paradigma proibicionista e das políticas neoliberais, há a possibilidade de desenvolvimento de ações que visem à produção de um cuidado direcionado não apenas à proteção de crianças e adolescentes, mas outros tipos de cuidado humanizados voltados à produção de uma vida menos alienada, independentemente do uso de drogas ou não, sem desconsiderar que até mesmo diante do uso é possível uma relação mais humanizada com essas substâncias.

A ocupação da cidade e o uso da arte são bons exemplos de produção de vida e afetividades. O consumo de substâncias realizado por crianças e adolescentes não deve ser o centro das ações direcionadas a este público, mas como apregoam Rotelli, Leonardis & Mauri (2019), devem focar a transformação da existência-sofrimento desses sujeitos, mediante a modificação de uma nova sociabilidade que fomente uma vida menos excludente, seja pela convivência dispersa ou compartilhamento de espaços coletivos.

Sob uma perceptiva marxista, a arte é uma atividade humana com potência humanizadora. Com a observação das leis na natureza, o homem se apropriou da arte e a utilizou como ferramenta de domínio sobre a natureza, enriquecendo sua própria experiência no convívio coletivo mediante a atividade trabalho. A arte possibilita a reflexão sobre a própria realidade do ponto de vista de partida, pois com seu auxílio o homem é capaz de explorar diversos meios de atingir seus objetivos atendendo às suas necessidades cotidianas,

além de a arte permitir representar concretamente uma intenção que é abstrata. O fazer artístico implica em tempo de contato humano, sentido de convívio, comunicação e conexão. Apesar disso, a arte enquanto propriedade privada tolhe as possibilidades de apropriação do seu caráter universal. A arte como mercadoria visa apenas o lucro resultante da exploração da atividade alheia, naturalizando o individualismo (Mathias & Coutinho, 2019).

Interpretamos a arte como a arte, como um signo produzido pela atividade humana, um instrumento psicológico capaz de autodeterminar a conduta de si mesmo e dos outros. Como afirma Tuleski (2008), os signos são construídos de acordo com as necessidades de organização social a fim de controlar a conduta humana. Sendo o pensamento mediado por signos um processo de estabelecimento de nexos e conexões intermediárias entre o meio auxiliar e os objetos de escolha, a apropriação de signos diz respeito à tomada de consciência e a liberdade humana (Vigotski, 1995, p. 300 como citado em Toassa, 2004). Os signos dos quais crianças e adolescentes se apropriam ao longo da vida preexistem na cultura e o processo de humanização do homem depende da internalização dos produtos com práticas sociais e coletivas (N. Duarte et al., 2021). Assim, a aprendizagem desses signos é que proporciona o desenvolvimento das funções psíquicas superiores (Rodrigues & Angotti, 2023) e, neste sentido, sua importância para o desenvolvimento humano é irrefutável. Em consequência, proporcionar acesso à arte que subverte a alienação é um modo de promover o desenvolvimento da consciência de crianças e adolescentes que, na maioria das vezes, são privados de acesso às produções humanas mais complexas e elaboradas pela humanidade.

Para além da política pública de saúde, a política de Assistência Social também foi mencionada. O trabalho de profissionais em RD no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas foi resgatado por P.2 que nos contou sobre:

Um dos serviços que o CREAS. . .oferece, é o serviço de acompanhamento de crianças e adolescentes em medidas socioeducativas de meio aberto e ai eu conheci gente em Pernambuco. . .um redutor de danos maravilhoso que tinha sido redutor de danos da saúde e que depois passou no concurso para assistência social e trabalhava acompanhando esses jovens. Ele trabalhava muito inspirado pela experiência que ele acumulou ao longo dos anos dele como redutor de danos. A coisa de acompanhar o jovem na andarilhagem dele pela rua, de ir encontrar o jovem em situação de rua afastado de sua família, de um ambiente familiar de violência, então ele então tinha todo um jeito de acompanhar inspirado na RD (P.2).

Em documentos oficiais da política de Assistência Social, o CREAS é caracterizado como um dispositivo constituinte do Sistema Único da Assistência Social – SUAS - da chamada “Proteção Social Especial”. Este nível de proteção está voltado a sujeitos que tiveram os seus direitos violados, sendo nele prestado, por exemplo, o serviço de proteção social aos adolescentes em conflito com a lei e em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e prestação de serviços à comunidade (PSC) por determinação do sistema judiciário. Entre outras, a finalidade do CREAS é a promoção de atenção socioassistencial e o acompanhamento das medidas socioeducativas em meio aberto, cujo objetivo seria de contribuir para a ressignificação de valores pessoais e sociais, bem como para a responsabilização diante do ato infracional (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014).

Entretanto, Gisi et al. (2021) asseveram que discursos que colocam o adolescente autor do ato infracional como a causa da violência urbana têm se sobreposto à proteção daqueles que tiveram seus direitos violados. Observa-se que o discurso punitivista é recorrente na arena política e permeia o funcionamento das instituições responsáveis pelo acompanhamento dos adolescentes autores de atos infracionais. A adoção de medidas repressivas para o enfrentamento pode ser visualizada entre 1990 a 2024 nas propostas legislativas cujo conteúdo manifesta com frequência o apoio à redução da maioria penal e ao aumento do tempo de internação.

Apesar da existência de profissionais comprometidos com a RD atuando nos CREAS, compreende-se que as medidas socioeducativas em meio aberto exigem a participação compulsória, o que antagoniza com os princípios da RD que, mesmo sendo uma lógica potente, concorre com os desdobramentos da punição judicial. Em outras palavras, mesmo que tenhamos um trabalho potente a partir da RD, já estamos lidando com uma realidade que se opõe à própria RD, com “histórias” e “fracassos” que a antecedem.

A formação de profissional é mencionada como espaço singular no trabalho de educação para as drogas. Logo, o entrevistado P.2 citou outras experiências como as que se seguem:

Eu trabalho numa escola técnica de nível médio. . .você entra e encontra os adolescentes. . .do ensino médio profissionalizante. . .todas essas informações técnicas do SUS, a gente forma essa galera. . .Um dos meus objetivos enquanto um técnico daquela escola é construir uma abordagem voltada para problemas relacionados ao uso de álcool outras drogas no ambiente escolar inspirado numa lógica da RD. . .na escola

onde leciono agora a gente tem, por exemplo, uma parte da formação. . . assim como se fossem disciplinas eletivas, e tem uma sobre as mais diferentes dimensões da questão do uso de álcool e drogas e a RD, história das políticas de drogas, proibicionismo, movimentos. . . a gente já tá levando uma galera que antes mesmo de entrar na faculdade já conhece a saúde mental e a RD. Enfim, então a gente está formando um batalhão de jovens lideranças (P.2).

Como discutido no Eixo I, a abordagem tradicional na educação sobre/para drogas nas escolas brasileiras vem se dando por intermédio do *Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd)*. Uma reportagem da *Globo Educação* expôs que, em 20 anos de atuação no país, o Proerd já atendeu cerca de 13 milhões de alunos no país. Essa reportagem trouxe o relato do major José Eduardo Bexiga, da Polícia Militar de São Paulo, que realiza um curso de 15 dias e aprende a atuar como professor. Apenas policiais que tem “jeito” com crianças, não fumam e não bebem são selecionados, em razão da crença que a criança aprende com o exemplo (Globo Educação, 2012). Em contraponto, na mesma entrevista da *Globo Educação* outro entrevistado, o professor Dartiu Xavier¹⁴, da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e diretor do *Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD)* mencionou que o Brasil continua importando um modelo que, segundo estudos americanos, já se mostraram ineficientes. O médico advertiu que programas dogmáticos, com ensinamentos verticalizados, prescritivos, não funcionam, sendo importante ofertar modelos que contemplem as características das pessoas, as especificidades de cada comunidade, faixa etária, classe social etc. Em conclusão, Dartiu Xavier defendeu que modelos de intervenção participativos, focados na promoção de saúde, seriam muito mais eficazes (Globo Educação, 2012).

L. Carneiro (2022) compartilha dessa mesma opinião ao trazer críticas às intervenções nas escolas pautadas no modelo proibicionista, apontando que a RD e as ações de promoção da saúde seriam mais apropriadas para crianças e adolescentes. Com base nos estudos de Czeresnia (2003, como citado em L. Carneiro, 2022), explica-se que a promoção da saúde se difere da prevenção porque esta última está baseada no discurso epidemiológico clássico e compreende que o objetivo da prevenção é evitar a disseminação de doenças e a redução de riscos referentes aos agravos em saúde. Desse modo, a prevenção interferiria no surgimento

¹⁴ Dartiu Xavier tem experiência de cerca de 24 anos junto às pessoas em uso problemático de álcool ou outras drogas.

de doenças específicas, reduziria sua incidência e prevalência, primando, muitas vezes, pela divulgação de informações e recomendações de mudanças de hábitos. Em outra perspectiva, a promoção da saúde envolveria concepções e ações mais amplas que a prevenção, pediria medidas que extrapolassem as doenças ou desordens, produzindo saúde e bem-estar gerais.

Outrossim, para Buss (2000), a promoção de saúde¹⁵ reconduz o protagonismo e a responsabilização da esfera individual para a social, convocando a população a uma participação mais efetiva nos processos de formulação e implementação das políticas intersetoriais. Trata-se de um desafio à medida que conglomeram estratégias que só se concretizam com a transformação das condições reais de existência que produzem grande parte dos adoecimentos e geram toda sorte de sofrimento.

Requisitando a implementação de ações intersetoriais, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) de 2014, segundo L. Carneiro (2022), definiu que a saúde não depende unicamente da vontade ou liberdade individual, mas está condicionada aos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais. Como consequência, promover saúde implica atuar na redução das desigualdades sociais impetradas por questões e desigualdades de classe, raça/etnia, gênero, orientação sexual, entre outras. Tomando como referência essas afirmações, o autor reforça que a RD respeita a autonomia e a singularidade dos sujeitos, tendo como princípios a equidade, a participação social e a intersetorialidade, com diretrizes que valorizam as ações territorializadas, a garantia dos direitos humanos e justiça social.

Retomando as discussões acerca das práticas nomeadas educativas e da escola como *locus* de intervenção atinentes à prevenção do uso de drogas, o Brasil historicamente vem referendando este projeto. Moreira et al. (2006) concordam que a RD teria condições de atuar no espaço escolar, entretanto deveria colaborar para o desenvolvimento de uma escola promotora de saúde, retirando o maniqueísmo “usar *versus* não usar substâncias” do centro das discussões, para colocar a promoção da saúde como um direito universal. Para os autores, conceitos e ações promotoras de saúde poderiam ser trabalhados integralmente, sem riscos de pender para juízos de valores à medida que cada aluno elaboraria sua própria equação de vida saudável.

Segundo Moreira et al. (2006), as ações de uma verdadeira escola promotora de saúde, conforme os princípios da RD, necessitariam pautar objetivos amplos e escalonados; ruptura com o maniqueísmo; ações inclusivas; parcerias intersetoriais; incentivo ao protagonismo e

¹⁵ Uma discussão conceitual pode ser encontrada em Buss (2000).

autonomia dos alunos; abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade, independente do uso. Entre os objetivos citados, observamos que muitos estudos destacam as parceiras intersetoriais - saúde, escola, família, organizações não governamentais - seriam mais efetivas. Para L. Carneiro (2022), as discussões sobre drogas na escola precisam ir para além dos aspectos neuroquímicos das substâncias e incluir reflexões sobre a sociedade capitalista e consumista, que concorre para o aprofundamento das desigualdades, da competição, do individualismo, negando ou promovendo acessos desiguais às condições favorecedoras de desenvolvimento como o lazer e a cultura.

Ao serem questionados sobre a aplicabilidade da lógica da RD à infância e adolescência, praticamente todos os profissionais entrevistados afirmaram se tratar de um trabalho que deve resguardar particularidades, diferindo do que tem em foco a população adulta. O participante P.6 relatou que a atuação com crianças e adolescentes é diferenciada, exprimindo:

Sei de vertentes que fazem o cuidado dos sujeitos à luz da RD, mas não necessariamente utilizando suas estratégias e tal, até porque se trata de um menor, então tem toda uma questão de legislação. O que fica é a proteção da criança do adolescente com relação ao álcool e outras drogas. Ai a gente fala que a RD é quanto mais tarde a gente tiver o consumo de drogas na vida do adolescente, mais a gente vai estar reduzindo os danos que ele pode vir a ter com o consumo dessa substância (P.6).

Como discutimos, inicialmente a RD foi pensada para jovens adultos e implementada por meio de estratégias como troca de seringas, substituição de via de uso, substituição do uso de crack, canudos para a inalação de cocaína, distribuição de cachimbos etc. O caminho de concretização do conceito RD revela propostas que trazem embates e interesses difusos, e assim, ao longo da pesquisa repetimos que em sua trajetória, a RD surgiu como um conjunto de práticas, depois transmutou-se em política, tornando-se também uma diretriz, de modo que se capilarizou, abrangendo diferentes práticas.

No momento que a RD se transformou em diretriz passou a recomendar outro modo de acolher e fazer a clínica e os cuidados em saúde/saúde mental para as pessoas que usam drogas. Esta clínica, como já discutimos seria menos restrita, que pleiteia ser interdisciplinar, exige uma escuta que suspenda os julgamentos morais e concentre-se na complexidade da situação, acolhendo os usuários e suas famílias nas suas reais condições. No SUS, como já apontamos no Eixo I, a clínica ampliada considerará as particularidades subjetivas, sem mirar

apenas a “cura da doença” e sem deixar que valores morais conservadores reduzam sua capacidade de acolher e escutar (R. Souza, 2018).

As primeiras estratégias utilizadas pela RD foram criminalizadas no Brasil em função da concepção de que acolher pessoas sem exigir delas a abstinência, entregar material para o cuidado em saúde, seria fazer apologia ao uso de drogas. Esse ideário fantasioso permanece no imaginário social sendo alimentado pelos proibicionistas, tolhendo o desenvolvimento de estratégias de RD com crianças e adolescentes que, como vimos nos relatos dos entrevistados, deveria conformar muito mais em uma ética fundante de cuidados em saúde aos que necessitam.

Por outro lado, a fala do P.2 nos chama a atenção sobre o fato de que o modelo de RD enquanto prática/política voltada aos jovens adultos nunca foi amplamente utilizado como acreditam os proibicionistas:

Então a galera diz assim: a gente critica a RD para infância e adolescente porque esses redutores de danos pegam ali as crianças adolescentes e ensinam a fazer cachimbo. A RD nunca fez isso, mas o que acontece de fato, muitas vezes, é o redutor de danos no seu trabalho de campo que está ligado ao Consultório da Rua¹⁶, encontrar crianças e adolescentes no campo. Ele vai tentar a primeira abordagem, via de regra a galera chega no campo e quando encontra criança você vai tentar fazer encaminhamento para algum serviço da Assistência Social e alguns serviços de acolhimento de abordagem. A galera não vai chegar ofertando seringa, não chegava convidando para oficina (P.2).

Já o profissional P.1 alerta em sua entrevista sobre a preocupação e o cuidado que se precisa ter ao falar de RD com adolescentes, justamente por conta de esta ser interpretada como uma apologia ao uso de drogas. Para ele:

O trabalho com adolescentes é delicado porque você também tem que lidar com os pais. Pela lei do ECA o trabalho não pode entrar como apologia ao uso. Já abordei adolescentes em situação de rua e conversei sobre autocuidado e entreguei material informativo. A prevenção com adolescente tem que ser algo maior, as vezes a gente tem que encontrar a família do adolescente que está na rua, ofertar algum

¹⁶ “Consultório na Rua” é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica, de 2011, que objetiva ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio do trabalho itinerante de equipes multiprofissionais.

encaminhamento, articular com o CREAS, pelo ECA não podemos negligenciar, se não der nenhuma assistência você está permitindo que aquele adolescente fique a Deus dar. Para trabalhar RD com o adolescente você precisa pelo menos conhecer o contexto de vida desse adolescente porque lida com vários fatores. Com o adulto é um trabalho mais aberto, a RD com o adolescente tem que ser muito delicada porque tem que saber o que vai falar, explicar bem certinho (P.1).

Os relatos confluem para o entendimento de que a RD considera as peculiaridades da adolescência, definindo a atenção à saúde de modo mais ampliado, reconhecendo as complexidades dos contextos de vida e concebendo a saúde como um direito universal, que não pode ficar a cargo apenas da política setorial da saúde. Zaniani e Luzio (2014) observaram a partir da revisão bibliográfica de publicações acerca do trabalho desenvolvido pelo CAPSi que, naquele momento, a intersetorialidade estava sendo pouco considerada, apesar de o ato de cuidar em saúde ser complexo demais e demandar práticas diversificadas com a participação de diferentes pessoas e serviços entrelaçados em rede.

Para Machado (2010), a construção da intersetorialidade envolve processos organizados e coletivos e ações que respeitem a diversidade e as particularidades dos atores envolvidos. Tal processo exige a superação da fragmentação de conhecimentos e das estruturas sociais, envolve a criação de espaços comunicativos e permanentes negociações entre as políticas públicas de educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho etc. Contudo, como refletimos anteriormente, tais políticas têm se constituído fragmentadas, desarticuladas limitadas no tocante ao seu poder de rematar as mazelas sociais que as antecedem.

Garcia et al. (2021) investigaram a construção de ações intersetoriais na prevenção ao uso de drogas com jovens escolares no *Programa Saúde da Escola (PSE)*, por meio do qual as equipes técnicas da Atenção Básica do SUS realizavam atividades de prevenção e redução dos agravos de saúde, junto aos adolescentes. Verificaram que entre os maiores entraves estariam a fragmentação das ações, a fragilidade intersetorial e a escassez de recursos humanos, além de observarem que as poucas intervenções realizadas mantinham o foco centrado na doença. Outro estudo que soma às reflexões até aqui desenvolvidas é o de Peres et al. (2017) que conta sobre uma pesquisa que objetivou conhecer as percepções dos profissionais e gestores da saúde e da educação sobre os desafios da articulação intersetorial para a implementação de um programa de prevenção ao uso de abusivo de drogas. Concluíram que as estratégias de intervenção conjuntas são vistas como positivas, embora

nem sempre profissionais e gestores compreendam o que é intersetorialidade na prática e como ela ajudaria no manejo das demandas cotidianas.

A despeito dos desafios para a efetivação da intersetorialidade, que em muito revela a lógica neoliberal de diminuição do estado, sua importância é reiterada por entrevistados que articulam com a multi e a interdisciplinaridade. O profissional P.4, por exemplo, afirma que:

Na minha percepção a RD. . não pertence a apenas uma perspectiva do saber que seria o saber médico e “psi”. Então, para cuidar do fenômeno das drogas nós podemos utilizar inúmeros saberes. A gente pode trazer o saber do esporte, podemos trazer o saber da educação, podemos trazer o saber das artes, podemos trazer da filosofia, da sociologia, podemos fazer também da Psicologia que é um lugar clássico. Podemos trazer podemos trazer inúmeros saberes. Ela pode ser intersetorial o transetorial, pois atravessa os setores. . Então eu acho que é possível articular a lógica da RD e as políticas públicas e muito mais do que articular a lógica e os saberes, nós devemos aplicar os saberes produzidos pela RD nos espaços da política pública intersetorial para que a gente trabalhe com prevenção, assistência, cuidados, escutas e principalmente a ideia de uma educação para as drogas (P.4).

A relação entre geração de renda-RD-políticas intersetoriais aparece na fala de P.7 que se posiciona sobre o direito a renda:

A gente ainda tem o que resgatar a RD como uma ferramenta inclusive intersetorial nas políticas públicas. . eu não posso deixar de pensar emprego e renda porque eu acho que a pauta do adolescente é obrigatoriamente sobre circulação de dinheiro. Por isso, que a gente vai falando do imediatismo e assim por diante, a lógica do capital é imperativa para eles, e inclusive os prejuízos da segregação do capital. Então, é por isso que eu penso o adolescente do ponto de vista da interface com trabalho e renda, mais do que eu penso lazer e cultura (P.7).

Quando retomamos a discussão acerca do trabalho-renda, constatamos que existe uma distância entre o ideal e a realidade material da maioria da população brasileira. Basta que observemos, por exemplo, que entre outras tantas barreiras, nossa juventude não consegue ingressar no mercado de trabalho, mesmo quando possuem mais anos de escolarização. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, do IBGE, confirmou-nos

recentemente que a taxa de desemprego entre os brasileiros na faixa etária entre 18 e 24 anos estava de 18%, enquanto a média nacional era de 8,7%. (Pilar, 2023). Em que pese esta constatação, chamou-nos a atenção como RD apareceu constantemente nas falas dos entrevistados atrelada à garantia ou não garantia de direitos sociais e humanos.

A entrevista de P.4 é exemplar neste sentido, ao reconhecer que a maior violência a que a criança/adolescente está exposta não é o uso de substâncias em si, mas a violação dos seus alardeados direitos. Atuando junto às crianças e adolescentes revela que:

Eu sempre via que a melhor forma de a gente construir estratégia de RD era justamente construindo espaços seguros, mobilizando a rede para que possibilitasse a garantia de direito dessas crianças, pois o ponto mais importante para mim, a maior violência que é feita com a criança não é o fato dela usar drogas, mas o fato dela não ter os direitos estabelecidos pelo ECA garantidos. . .Mas, temos sim, experiências de RD. O grande problema é que nós, trabalhadores, não conseguimos efetivar porque existe uma mentalidade equivocada de que a única forma de você cuidar dessa criança é a promoção ou a imposição da abstinência de algumas substâncias ou internar essa criança no espaço fechado ou retirar essa criança dos seus laços afetivos familiares (P.4).

A reprodução do excerto anterior mostra que para muitos a única forma de lidar com essa criança ou adolescente é proibindo o uso das drogas e não cuidando. Enquanto nega-se sua existência como sujeitos, sua condição de consumidores de drogas e as possibilidades de cuidado caso esse consumo seja danoso, também são negadas. Paradoxalmente, o uso e o uso problemático podem ser, justamente, uma denúncia, um protesto contra esta negação, uma forma de dizerem que também são sujeitos e que também podem demandar cuidados em saúde/saúde mental.

No sistema capitalista, o paradigma proibicionista reina e fornece lucros exorbitantes com a proibição de algumas substâncias. Tal paradigma proporciona a violência como única mediação na relação com as crianças e os adolescentes da classe trabalhadora. Logo, o proibicionismo os nega enquanto sujeitos e nessa conjuntura reiteramos a relevância da RD, agora também como uma via de reconhecimento e reafirmação dessa população historicamente marginalizada.

Ao longo da dissertação apontamos que crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos a partir das necessidades do sistema capitalista que tem a

mercadoria como constituinte. Por outro lado, como alerta Faleiros (2000), discussões que privilegiam a perspectiva liberal de homem e de mundo compreendem a sociedade como instrumento que se funda na natureza humana abstrata geral. Essa perspectiva postula que as necessidades humanas são as necessidades do sistema capitalista, dado que o indivíduo não existe como sujeito, mas como objeto da produção, que determina o lugar que cada um ocupa na sociedade. Em contraponto, existem concepções que partem do sistema geral, da complexidade da estrutura social para estabelecer os nexos da gênese das necessidades humanas.

O consumo problemático de drogas é síntese de múltiplas determinações. Como abordamos anteriormente, a expansão do consumo de drogas e a variação do uso segmentado por classes sociais, se mantém como justificativa perfeita para marginalizar grupos sociais e camuflar as contradições que se expressam por meio da questão social. Quando se trata de crianças e adolescentes verificaremos que muitos não estão resguardados das contradições desse sistema marcado pelo racismo, o sexismo e a LGBTQIA+fobia (Costa, 2024). Se o objetivo de uma RD é o de colocar as drogas entre parênteses e colocar no centro o indivíduo, ela deve considerar crianças e adolescentes em sua concretude, localizando-os no tecido social onde os homens se organizam para produzir e reproduzir a própria vida, enquanto expressão singular das relações sociais concretas. Como já aludido, apenas uma RD com viés anticapitalista pode se posicionar como forma de reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos.

Nosso país tem negado a maioria das crianças e adolescentes da classe trabalhadora condições mínimas de uma existência digna, enquanto uma minoria usufrui da riqueza produzida coletivamente, garantida pelas diferentes vias de exploração, inclusive da exploração pelo consumo problemático de drogas. No próximo eixo veremos sobre como a RD tem rebatido as reformas do estado neoliberal que vimos, pois tem expropriado e espoliado majoritariamente as camadas mais empobrecidas, inclusive não poupando crianças e adolescentes que são afetados pelos processos de enxugamento orçamentário, da remanicomialização e da mercantilização do adoecimento/sofrimento psíquico.

4.5 Eixo 3: A RD e as contradições que compõem avanços e retrocessos das políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência

O modo como os entrevistados percebem os avanços e retrocessos nas políticas públicas brasileiras, inclusive referente às conquistas que envolvem a RD, compõem-se as

discussões do Eixo 3. Neste eixo, aprofundaremos as reflexões e analisaremos as consequências desses ganhos e perdas para o cuidado voltado às crianças e aos adolescentes.

Como avanços foram mencionados a ampliação de serviços públicos de saúde mental, a inclusão da RD nas políticas públicas do início dos anos 2000 e o fortalecimento dos movimentos sociais antiproibicionistas que trabalham com a ética da RD em suas abordagens. Porém, a investida conservadora sobre o campo do álcool e outras drogas nos últimos anos desperta a preocupação porque culmina em grandes retrocessos e a retirada da RD como diretriz das políticas de atenção às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. As políticas de atenção vêm convergindo desveladamente com o discurso proibicionista, tendo como centralidade a abstinência, a internação e a mercantilização da saúde, inclusive quando se trata de adolescentes.

Como já assinalamos, o movimento da RP demandou um novo tipo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, inclusive o sofrimento decorrente do uso problemático de substâncias. A RP defendeu o cuidado de base territorial, articulado e compartilhado com outros setores e, partindo desta defesa, à medida que se desdobrou em uma política, propôs os CAPS entre as outras modalidades, o CAPS-ad, como serviço estratégico. Desde os anos 2000, diversas leis, decretos e portarias contribuíram para ampliar o raio de atuação das políticas de saúde mental. No campo álcool e outras drogas, houve a publicação da *Política de Atenção Integral a Saúde a Usuários de drogas* em 2003, pelo Ministério da Saúde que instituiu a RD como diretriz do cuidado (Ministério da Saúde, 2003).

O P.2 rememora alguns avanços daquele período no início dos anos 2000, dizendo que:

A própria política é essa no Ministério da Saúde para atenção de 2003. . .é um avanço muito potente, a expansão dos CAPS-ad pelo Brasil afora. . .A RD na virada do milênio se torna tanto prevenção Aids quanto na diretriz do cuidado na saúde mental. Depois a gente vai ter lá o projeto Caminhos do Cuidado que foi o maior projeto de formação sobre RD já feito. . .a gente levou formação sobre RD para totalidade dos agentes comunitários de saúde do Brasil. . .na ideia de que era possível produzir RD também na Atenção Básica. Então, você tem também uma série de avanços como esse próprio documento da política de Assistência Social e RD que te falei. . .é um documento todo espelhado na RD (P.2).

O projeto “Caminhos do Cuidado” consistiu na oferta de formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas), para agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e

técnicos de enfermagem da Atenção Básica do SUS. A proposta pretendeu promover espaços de educação permanente em saúde a fim de qualificar a atenção e o cuidado de usuários e seus familiares nesse nível de atenção. A formação buscou se articular com a política de saúde mental vigente, com respaldo nos princípios da RP, enfatizando a importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mediante a produção do cuidado psicossocial em liberdade, no território, mirando a garantia de direitos e cidadania de usuários de álcool e outras drogas. O projeto objetivou fomentar e articular discussões de diferentes atores da rede intrasetorial, identificando e ampliando as ferramentas e os papéis dos profissionais que circulavam pelos espaços de saúde (Torres, et al., 2016).

O material mencionado pelo entrevistado P.2, lançado em 2013 pela Secretaria Nacional de Assistência Social, é o documento técnico *Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. A publicação objetivou a qualificação de uma rede de proteção social às famílias e aos indivíduos no território, direcionando-se aos gestores, conselheiros, trabalhadores, usuários, parceiros públicos e entidades sociais, na pretensão de colaborar para a identificação das situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos no território; ofertas que poderiam contribuir com a proteção social do SUS; a identificação da rede de serviços existentes e a construção de agendas articuladas e integradas. No documento menciona-se o reconhecimento de que o consumo de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, com múltiplas causas e consequências na vida das pessoas, colocando em destaque que o campo álcool e outras drogas seria intersetorial (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016).

Como a contradição é peça fundamental na lógica dialética, examinamos que na mesma época em que o documento referido foi publicado, presenciamos o surgimento do programa *Crack, é possível vencer* com um forte discurso jurídico-moral que considerou o uso problemático de crack como um problema de justiça e segurança com investimentos pesados em ações repressivas e internações compulsórias. O show midiático de publicização do programa elegeu o crack como um problema em si mesmo descolado da história, assinalando como resolução a implementação de ações repressivas de combate ao crack (Borges & Santos, 2018).

No ano de 2012, a foi publicada uma reportagem com o título *Mais de R\$ 100 milhões deve ser investido no combate ao crack no Paraná*. Tal financiamento fez parte do programa *Crack, é possível vencer* e, entre os objetivos citava: ofertar tratamento, enfrentar o tráfico, criar mais de 820 leitos para atendimento, formar policiais, lideranças religiosas e

profissionais de comunidades terapêuticas (Confederação Nacional de Municípios [CNM], 2012). Observamos o forte apelo proibicionista e manicomial do programa que investiu em repressão e internação em comunidades terapêuticas. Um contexto contraditório em uma época liderada por um executivo do Partido dos Trabalhadores (PT), que privilegiou investimentos de ações proibicionistas em prejuízo às ações de RD.

O fortalecimento dos movimentos sociais foi exposto como um avanço positivo pelo P.2 que lembrou que:

Foi também o período em que a gente viu se fortalecer para caramba a rede de feministas antiproibicionistas, a iniciativa negra para uma nova política de drogas, todo esse ambiente de debate que os LGBTs estão fazendo agora para discutir como é uma RD pensada na população gay e trans. Enfim, um fortalecimento brutal da plataforma brasileira de política sobre drogas. Tudo isso tá acontecendo durante a gestão do Bolsonaro¹⁷. Então, a coisa mais nova que surgiu nos últimos 120 anos no cenário brasileiro sobre discussão, reflexão, militância política, a maior novidade é o fim do discurso único sobre drogas. Essa galera da RENFA e da iniciativa negra trazendo discussões que lá atrás a gente não fazia, essas discussões sobre racismo na política. Então, e tudo isso tá acontecendo agora. Então, o momento é de ao mesmo tempo de avanços e de retrocessos eles acontecem ao mesmo tempo (P.2).

O excerto acima mostra que os processos que constituem avanços e retrocessos da RD não são lineares e se articulam a outras lutas. Ribas e Silva (2023) realizaram uma revisão integrativa sobre RD voltada para a população de mulheres trans e travestis com o intuito de compreender como a RD pode ser estratégia de cuidado à saúde desta população. A pesquisa identificou por volta de sete abordagens: a RD como estratégia de políticas públicas; violências vivenciadas nas trajetórias de transição percorridas pelas travestis; atendimento à população LGBTQIA+; profissionais de saúde capazes de prestar cuidado humanizado, verdadeiramente centrado na pessoa, com escuta ativa; o cuidado à saúde e hormonização como processo de construção feminina; movimentos sociais; educação e ações afirmativas para a continuidade do estudo e a colocação profissional. Em uma perspectiva de defesa de direitos, as autoras concluem que seria preciso ampliar as ações de RD e enfrentamento da transfobia no SUS permanecia como uma necessidade.

¹⁷ Lembramos que as entrevistas foram realizadas durante a gestão de Jair Bolsonaro.

Sobre a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA), de acordo com as informações presentes no seu *site*, esta seria uma organização política feminista, antirracista e anticapitalista criada para atuar em rede na luta pelos direitos humanos e fortalecimento político das mulheres e pessoas trans. O coletivo está presente em 11 estados brasileiros e objetiva transformar os modelos de controle pelos modelos sistemas de opressão racista, patriarcal e capitalista, em especial no campo das políticas de drogas. A RENFA foi fundada em 2016, como resposta à necessidade de lutar pelos direitos das mulheres, especialmente as usuárias de drogas. São mulheres que empreendem em seus territórios a luta pela reforma da política de drogas proibicionista, com foco na defesa de direitos de mulheres encarceradas, seus familiares, profissionais do sexo, mães vítimas da violência do estado, mulheres em situação de rua, profissionais do sexo e LGBTQIAP+, majoritariamente negras (RENFA, n.d).

Para além dos avanços, ao perguntarmos sobre as políticas públicas brasileiras, muitos entrevistados destacaram seus retrocessos, inclusive no que se refere ao cuidado em saúde/saúde mental voltado aos adolescentes. Exemplarmente, P.3 indicou que:

As políticas do atual governo federal foram nefastas para o campo da RD. As políticas desde o governo Michel Temer têm sido muito ruins para a lógica da Atenção Psicossocial e não é diferente no caso dos adolescentes. Ainda hoje escutava na campanha eleitoral no rádio que o atual presidente candidato a reeleição que defende como proposta a redução da maioria penal e isso já virou um mote de campanha muito grande. . .A gente tem uma série de retrocessos, seja na compreensão da RD, seja na compreensão das adolescências na atualidade. E os retrocessos nas políticas públicas tem a ver com a diminuição do Estado, essa ideia neoliberal de Estado mínimo, mas também tem a ver com avanço de forças conservadoras que querem legislar sobre o corpo e sobre a fé. Hoje essa pauta tá no centro da mesa do candidato. Há um candidato que diz o candidato A quer a legalização das drogas, quer liberar os jovens. Veja como isso é trazido como um hino para o pensamento conservador encontrar ali o seu polo magnético (P.3).

O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental no governo de Michel Temer, entre os anos de 2016 e 2019, foi analisado por Cruz et al. (2020). Com base no estudo de documentos do governo federal, foram averiguados diversos retrocessos, como maior incentivo de ações fundamentadas na abordagem proibicionista no campo álcool e outras drogas, além do fomento às internações psiquiátricas e em comunidades terapêuticas,

enquanto o ritmo de implantação de serviços porta-aberta, de base comunitária, diminuiu significativamente.

No governo Temer, entidades do movimento sanitário, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), tendo como umas das vozes o médico Gastão Wagner de Souza Campos, se manifestaram contra as propostas apresentadas pelo governo. À época, ministro da saúde, Ricardo Barros, atuou descaradamente contra o SUS e a favor dos planos de saúde privados. O ministro chegou a declarar que o SUS era muito grande e não cabia na constituição, além de dizer que as pessoas faziam exames demais. Algumas das estratégias do ministro, que, diga-se de passagem, não tinha nenhuma experiência em saúde, atacaram fortemente o SUS. Entre elas registramos a omissão do Ministério da Saúde no papel de liderança na coordenação do SUS; a restrição orçamentária na execução financeira; a oferta de cargos de confiança para profissionais que atuam na área de negócios; a passagem progressiva de responsabilidade assistenciais para os municípios, com a desregulamentação da Atenção Básica, Saúde Mental e DST/Aids (Antunes & Guimarães, 2018).

Na disputa pelo processo eleitoral ainda no governo Temer, uma das pautas de campanha, era a redução da maioria penal defendida por Jair Messias Bolsonaro. Em um de seus discursos, disse que “jovens que gostam de roubar celular vão apodrecer na cadeia” e que os “jovens, honestos e estudantes, vão poder tirar sua carteira de motorista” (Lopes, 2022). Assim, Bolsonaro individualizava a questão a partir de um discurso moralista que nada condizia com as condições materiais de vida da juventude brasileira. Com a sua vitória nas eleições, testemunhamos nos anos que se seguiram, que a garantia de vários direitos sociais básicos será comprometida, como expomos a seguir.

No governo Temer foram tomadas medidas neoliberais que foram aprofundadas no governo posterior, do presidente Jair Bolsonaro e atingiram significativamente o campo da saúde mental. Configurou-se um acelerado desmonte dos avanços da política de saúde mental, fruto de anos de luta da RP como, por exemplo, sua primeira medida ter sido a Emenda Constitucional (EC) nº. 95 que previu a contenção de gastos do governo, atingindo fortemente o funcionamento do SUS e de políticas intersetoriais como Assistência Social e Educação (Delgado, 2019).

Desde 2019, acompanhamos um movimento de ataque às políticas públicas com o desfinanciamento do SUS, o investimento em hospitais privados e em comunidades terapêuticas. A Política Nacional de Atenção Básica foi enfraquecida, o cadastramento de novos CAPS foi reduzido e os dados que mostravam nossa realidade camuflados. Assistimos o reajuste de repasses de recursos públicos acima de 60% aos hospitais psiquiátricos, o

financiamento das comunidades terapêuticas; a centralidade voltada ao hospital psiquiátrico foi retomada nas políticas de saúde mental; além de dispositivos de base não comunitária como hospital-dia e ambulatório de especialidades serem recriados (Delgado, 2019).

Em 2019, no primeiro ano do governo Bolsonaro (que foi até 2022), foram publicadas respectivamente a Nota Técnica n.º 011/2019 (Ministério da Saúde, 2019); o decreto n.º 9.761/2019 (Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019); e a lei n.º 13.840/2019 (Lei n.º 13.840, de 5 de maio de 2019). A nota impôs mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. O decreto aprovou uma nova Política Nacional sobre drogas (PNAD) e a lei tratou do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Todas as normativas citadas conformavam um viés claramente proibicionista.

A Nota Técnica n.º 11/2019 apresentou um posicionamento contrário à legalização das drogas e afirmou que as estratégias de tratamento deveriam primar pela busca da abstinência. Houve a inclusão do hospital psiquiátrico como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), colocando que todos os serviços seriam igualmente importantes, sendo que, como registra a nota, nenhum serviço “substituiria” o outro, esclarecendo que o fechamento de unidades de qualquer natureza não seria fomentado. As comunidades terapêuticas passaram a ser apoio à recuperação de usuários de drogas e um grupo de trabalho interministerial foi formado para estabelecer os critérios de funcionamento, expansão e financiamento. A internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas passaria a ser estimulada (Ministério da Saúde, 2019).

Da mesma forma, o decreto n.º 9.761 se amparou explicitamente no proibicionismo ao afirmar que buscaria atingir o ideal de uma sociedade sem drogas e que a maioria da população brasileira seria contra a legalização das drogas. O decreto considerou ações importantes como a redução de oferta, a persecução criminal, a realização de ações repressivas, o combate ao tráfico, além da difusão do conhecimento sobre os crimes e delitos. A abstinência foi colocada como ponto central do tratamento, com estímulo financeiro às comunidades terapêuticas. O hospital psiquiátrico foi considerado central na articulação e integração das intervenções para tratamento (Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019).

Já a lei n.º 13.840, alterou a “Lei de Drogas” de 2006, definindo as condições de atenção aos usuários e dependentes e tratando do financiamento de políticas públicas sobre drogas. No texto foram mencionadas as medidas de repressão, de internação involuntária e o acolhimento em comunidades terapêuticas visando à abstinência (Lei n.º 13.840, de 5 de maio de 2019).

Em razão das mudanças nas políticas de saúde e de drogas, grande parte dos profissionais afirmou que aquele foi um período de muitos retrocessos em relação à RD. Daí, que alguns entrevistados consideraram que a RD, como diretriz, perdeu sua centralidade. Segundo P.1:

A Política da RD teve um retrocesso, pois atual governo Bolsonaro cortou a RD como uma metodologia de cuidado. A política do atual governo é fazer financiamento para comunidade terapêutica. As pessoas às vezes não querem se internar, mas ela aceita porque só dão essa opção pra ela. A comunidade então pode ser a única opção (P.1).

Similarmente o P.7 relata uma crítica ao modelo universal da abstinência, que muitas vezes privilegia as internações em comunidades terapêuticas, em detrimento de um cuidado pautado na RD:

Hoje do meu escopo é lamentável afirmar que eu não vejo nenhuma iniciativa em RD, senão estratégias absolutas e completamente isoladas porque nós estamos vencidos no Estado de São Paulo, nós estamos calados tentando fazer um levante de voltar atrás na RD. . .Eu custo a admitir que não temos, pelo contrário a lógica de encarceramento, é uma lógica de internação. Ainda que involuntária as famílias sempre trouxeram discurso da internação, mas a gente tinha argumentos e possibilidades para substituir a estratégia de internação e hoje não! Se a família não consegue uma internação pelo serviço de saúde que ainda tenta uma reflexão não adianta, vem qualquer vereador, qualquer serviço religioso e copta essas pessoas para comunidade terapêutica (P.7).

Com respeito às falas dos entrevistados, percebeu-se que muitos realizaram afirmações referentes à RD e os retrocessos no campo álcool e outras drogas e saúde mental, considerando os acontecimentos que se sucederam após a deposição da presidenta Dilma Rousseff. Como a realização da pesquisa se deu após esse período, não nos surpreendeu que os relatos consideravam as medidas tomadas nos últimos anos do governo Temer e, posteriormente, governo Bolsonaro.

Vale destacar que a contrarreforma psiquiátrica foi gestada desde o início da ação dos movimentos da Reforma Sanitária na década de 1970 e da criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em 1987, este último que mais tarde viria desembocar no Movimento da Luta Antimanicomial (LMA). Os governos da Ditadura Militar realizaram

investimentos vultosos no setor privado de saúde, notavelmente por meio do repasse de recursos públicos para custear leitos psiquiátricos. O período de redemocratização gestado na década de 1980 foi precedido por um período de crise do capital com queda de lucro e, assim, a década de 1990, no Brasil, foi marcada pelo recrudescimento de políticas neoliberais que afetaram o desenvolvimento de políticas públicas sociais. A partir de então se instalava no país a contradição entre formalização legal de direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 e o cenário econômico internacional (Rosa, 2021).

Mesmo assim o Movimento da Luta Antimanicomial (LMA), na década de 1990, passaria a realizar pressões políticas na tentativa de implantar no Brasil um novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, inspirado pela experiência italiana levada a cabo pelo psiquiatra Franco Basaglia. Apesar dos esforços para modificar a legislação brasileira, a fim de substituir os hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos de base comunitária, ataques dos parlamentares ligados aos interesses do complexo médico industrial atrasaram e modificaram pontos da proposta original deixando brechas para atuações reacionárias do estado (Prado et al., 2020).

A proposta de encerramento do modelo manicomial com o fechamento de leitos gerou oposição de vários partidos. Houve sugestão de regulamentação dos hospitais com a justificativa de que as situações de violência em hospitais psiquiátricos eram pontuais. Outro ponto de resistência foi o estigma associado ao paciente psiquiátrico percebido como incapaz e perigoso. O questionamento da imagem tradicional de autoridade do médico levantou críticas nas decisões sobre a necessidade de internação compulsória e pela exigência de um prazo de comunicação da internação psiquiátrica à justiça. Por fim, houve substituição de praticamente todos os artigos, e o projeto original, que determinava a proibição do aumento de leitos psiquiátricos, se transformou na lei nº 10.216/2001, pela garantia de direitos das “pessoas com transtornos mentais” (Prado et al., 2020).

Rosa (2021) pontua que no início dos anos 2000 houve avanços em direção ao investimento de recursos em dispositivos substitutivos, mas que entre 2005 e 2006 os gastos se inverteram e, já no início de 2010, os recursos alocados nos serviços extra-hospitalares se equipararam ao investimento em hospitais psiquiátricos. Adicionado a isso, como vimos destacando, os investimentos direcionados ao campo álcool e outras drogas passaram a financiar maciçamente as comunidades terapêuticas.

Ao explorar as medidas neoliberais do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), Tristão (2011) observou que a inflexão do partido para o neoliberalismo foi gradual, com o alinhamento às políticas do Fundo Monetário Internacional (FMI). O aceno do presidente

Lula, ao mercado com a execução de políticas neoliberais, moldou as políticas sociais à imagem do Estado mínimo.

Especificamente sobre a atenção à saúde direcionada para os adolescentes, os participantes colaboram com importantes reflexões. O P.6 lembrou de mais um momento retrocesso referente a saúde mental de crianças e adolescentes:

Teve a retirada do nome RD naquele período bem obscurantista do governo Bolsonaro com a criação que eles fizeram na época e que eles chamaram de nova política de saúde mental. . . são retrocessos claramente vistos. Inclusive numa ideia mais ampla, toda uma lógica manicomial com aumento de internações, aumento de pagamento de leito para internação, o aumento da quantidade de Comunidades Terapêuticas. . . Teve até um momento em que eles fizeram Comunidades Terapêuticas para adolescente. Eles tentaram fazer internação é involuntária. . . mas o Ministério Público bateu em associação com outros órgãos bateram em cima e isso foi revogado (P.6).

O entrevistado P.3 do mesmo modo citou o enfoque dado à internação de adolescentes:

Houve uma resolução recentemente em relação à internação de adolescentes em Comunidades Terapêuticas. . . uma série de entidades se manifestaram e foi concedida essa liminar suspendendo a internação de adolescentes em Comunidades Terapêuticas. Tomara que isso se mantenha e que essa possibilidade seja descartada. Evidentemente a gente precisa de CAPS, unidades básicas de saúde, centros de convivência (P.3).

A fala dos entrevistados remete à resolução nº 3/2020 do CONAD que “*regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em Comunidades Terapêuticas*” (Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas [CONAD], 2020). Seu conteúdo expôs instruções sobre financiamento público e responsabilizando o estado pela fiscalização do exercício das comunidades (CONAD, 2020). Contraditoriamente, o mesmo estado que realizava múltiplas concessões para facilitar o seu funcionamento seria quem iria “fiscalizar” tais entidades. Assim, uma simples análise da resolução demonstrava indicativos de perspectivas moralistas e conservadoras que se alinhavam com o processo de (re)manicomialização, privatização/mercantilização,

evidenciando o movimento de políticas neoliberais de contrarreforma psiquiátrica nas particularidades da saúde mental, álcool e outras drogas voltadas para adolescentes brasileiros.

O conteúdo do documento afirmava estar de acordo com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Inicialmente mencionava defender a garantia de direitos a fim de evitar a institucionalização dos adolescentes. O contrassenso é que pretendiam evitar a institucionalização defendendo a internação dos adolescentes até o período de 12 meses. Ainda abria brechas para novas internações em curto período de tempo a postular que “a fim de se evitar a institucionalização, no período de até 6 (seis) meses subsequentes ao último desligamento, o novo acolhimento deverá ocorrer mediante justificativa fundamentada da equipe multidisciplinar e multisetorial” (CONAD, 2020). O caráter de internação voluntária foi citado como condição para a internação e que poderia ser interrompida a qualquer momento. Porém, ponderava-se que não seriam raras as situações nas quais o próprio sistema judiciário ou até mesmo a própria família realizassem pressões para que sujeitos “aceitasse o tratamento voluntário”. A convivência e reinserção comunitária aparecem como norteadoras do cuidado. Contudo, a primeira se daria nos limites do interior da instituição e a segunda no momento de saída. Os meios de fomento do fortalecimento de vínculo familiar e social não são citados e a modalidade de ensino a distância era permitida, confirmando a institucionalização de adolescentes e a redução de chances de convívio comunitário diversificado.

O cuidado sem discriminação de “situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, etc.” era colocado como se fosse uma preocupação fundamental (CONAD, 2020). Porém, a defesa da abstinência como pré-condição para o ingresso se apresentava como modo de exclusão de adolescentes que não conseguissem ou não quisessem parar de fazer uso de substâncias, embora “ofereça cuidado sem discriminação de crença”, o adolescente e os pais deveriam aceitar a espiritualidade definida pela comunidade, encaminhando para outros serviços àqueles que não aceitassem seu programa de “autoconhecimento espiritual”. Para mais, afirmava que inúmeras seriam as atribuições da equipe multidisciplinar, que teria a obrigatoriedade de ser composta “no mínimo por um profissional contratado com formação nas áreas da saúde”, assistência social ou educação. A oferta de profissionais e a promoção de capacitação permanente são descritas como obrigações das comunidades e a exigência de poucos profissionais com formação de nível

superior seria uma das facilidades concedidas às comunidades pelo poder público (CONAD, 2020).

As atividades terapêuticas incluídas no programa de atendimento das comunidades dividiam-se entre “I - recreativas; II - de desenvolvimento da espiritualidade; III - de promoção do autocuidado e da sociabilidade; e IV - de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e atividades práticas inclusivas”. As atividades de promoção de autocuidado e da sociabilidade abarcam os mais variados tipos de limpeza e de manutenção da instituição. As orientações sobre “a não coerção” dos adolescentes eram numerosas e diziam respeito à “proibição” de isolamento físico; restrição de liberdade; contenção física ou medicamentosa; castigos físicos, psicológicos ou morais; o uso de expressões estigmatizantes; submissão a atividades forçadas ou exaustivas; uso de “atividades terapêuticas” como forma de punição (CONAD, 2020).

Como há grande disparidade entre o discurso e a realidade, voltamos mais uma vez ao Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), que apurou, já naquele momento, ser frequente internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas exclusivas para adultos. O resultado da inspeção foi uma enxurrada de violações contra a dignidade humana, desnudando que praticamente todas as recomendações de proteção mencionadas na resolução nº 3/2020 do CONAD eram violadas.

Na época em que tal resolução foi publicada, o documento foi assinado por André Luiz Almeida Mendonça, ministro da Justiça e Segurança Pública, nomeado pelo então presidente Jair Messias Bolsonaro. André Mendonça é descrito como sendo pastor, professor, jurista e magistrado que veio a tornar-se a partir de 2021, ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), após o presidente afirmar que nomearia um ministro “terrivelmente evangélico” (Núcleo de Estudos em Arte, Mídia e Política [NEAMP/PUCSP], 2023). Sem causar surpresa, Mendonça recebeu durante sua trajetória, apoio de líderes evangélicos como a do pastor Silas Malafaia, do bispo Valdomiro Santiago, do reverendo Davi Charles Gomes, entre outros (Gazeta do Povo, 2021).

Enunciamos que o desfecho da resolução nº 3/2020 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) foi a sua suspensão mediante ação civil levada a cabo pelo CONANDA, instância importantíssima de controle social. Em setembro de 2022, a 12ª Vara de Pernambuco, em caráter liminar, suspendeu a resolução e determinou o desligamento de adolescentes acolhidos, a suspensão de financiamento de vagas em comunidades terapêuticas (Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo [SINPSI], 2022).

Em 2024, o CONANDA reforçou seu posicionamento a favor da proibição de internação de adolescentes em comunidades terapêuticas com a publicação da resolução nº 249/2024, exigindo que o poder executivo desenvolvesse um plano de desinstitucionalização e defendendo, em uma postura antimanicomial. Inicialmente, o documento escancara o funcionamento dessas instituições que reproduzem o antigo modelo psiquiátrico, expondo seus mecanismos de privação de liberdade e violação de vários direitos como, por exemplo, isolamento, violência, abstinência, trabalho forçado, contenções físicas, intolerância religiosa e de orientação sexual etc. Assim, o CONANDA registrava que as comunidades terapêuticas andavam na contramão dos princípios da RP e que a permanência e manutenção destas comunidades na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma contraposição do movimento da Luta Antimanicomial (LMA) e das legislações da RP e recomendou que o cuidado dos adolescentes apenas deveria ocorrer nos dispositivos substitutivos da RAPS que se direcionassem por princípios reformistas da RP (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente [CONANDA], 2024).

Enquanto o estado realizava o desmonte dos serviços substitutivos, as comunidades terapêuticas, instituições privadas seguiram recebendo o financiamento exorbitante e, ainda assim, atuando com equipes mínimas. O estado que se diz “laico”, deveria idealmente realizar o combate contra o fundamentalismo religioso, mas elegeu instituições privadas religiosas para o repasse de seus recursos. Sem embargo, ao passo que não faltaram verbas para financiar tais comunidades, o CONANDA (2024) questionou o sucateamento dos serviços substitutivos e considerou a RD como ética de cuidado consonante com os princípios da RP.

A partir dos fragmentos de realidade expressos nas entrevistas, confirmamos um avanço conservador com o apoio de grupos religiosos que exercem o poder de mercado se utilizando do campo saúde mental, sobretudo atinente ao álcool e outras drogas. Verificamos que entre 2020 e 2024, o CONANDA, como maior instância representante do controle social, teve que se posicionar em mais de um momento contra o avanço das políticas neoliberais que convertem o ser humano e o cuidado em saúde/saúde mental em mercadoria.

O avanço de políticas repressivas e moralizadoras no âmbito estatal, embora não tenham o poder de pôr fim na RD sustentada cotidianamente pelos movimentos sociais, demonstra o funcionamento de valorização do capital que depende da negação principalmente dos sujeitos que consomem substâncias.

Sobre outros desdobramentos referentes à atenção à saúde do adolescente, o P.4 relata uma importante observação de como aconteceu amplamente o processo repressivo-

moralizador no que se refere aos tabus enfrentados relativamente à interface criança/adolescente-uso de drogas. Problematiza P.4 que tivemos:

Um retrocesso absurdo e ele tá em vários lugares da política pública. A gente tem um retrocesso centralizado na ótica do governo que reforça a ideia da repressão da punição do sujeito. Temos a ideia das Comunidades Terapêuticas. . .na saúde criou-se um tabu falar sobre criança e adolescente e drogas. Temos a justiça, por exemplo, com os conselhos tutelares que hoje para mim é um dos maiores impeditivos que temos de trabalho de crianças adolescentes. A gente fala muito das Comunidades Terapêuticas e do avanço da religiosidade protestante nas Comunidades Terapêuticas, mas a gente esquece que esse processo aconteceu primeiro nos Concelhos Tutelares. Houve primeiro um processo das igrejas se apossarem dos Conselhos Tutelares. . .que cada vez mais ampliou o número de pessoas que têm ligações com Comunidades Terapêuticas nesses conselhos (P.4).

Ferreira (2023) evidencia que nas eleições de Conselho Tutelar na cidade de São Paulo, em 2019, 53% dos conselheiros que tomaram posse no ano seguinte, possuíam ligações com Igrejas Evangélicas pentecostais ou neopentecostais e que muitas destes eram da Igreja Universal do Reino de Deus (IURD). A frente parlamentar evangélica se fortaleceu e foi ganhando destaque em pautas referentes à “defesa da moralidade cristã e da família”, criando uma identidade comum acerca de temáticas associadas à sexualidade, à educação nas escolas, e à reprodução a vida, situação esta que foi reforçada pela eleição do presidente Bolsonaro. Tal identidade, por um lado, atuou como uma demarcação de território em oposição aos católicos e, por outro lado, se apresentou como uma resistência aos avanços dos direitos das minorias, principalmente nas questões referentes ao gênero e à sexualidade, vistas como uma ameaça à família tradicional.

O movimento descrito acima reitera que a RD não é sinônimo de política de estado. Porém, apesar dos esforços das políticas proibicionistas e do avanço dos movimentos conservadores, alguns profissionais nos alertaram que uma determinação do governo não se acaba com a RD, visto que muitos profissionais e movimentos sociais se posicionam a favor desse modo de fazer saúde. O P.4 afirmou que a RD nunca deixou de existir nas políticas de HIV/Aids, contando, por exemplo:

Eu trabalho com HIV/Aids e todo mundo falou que a RD acabou no Brasil quando houve a reforma da política e álcool e drogas na saúde mental em 2019. E com a nova Lei de Drogas 2019 do governo Bolsonaro que substituiu a de 2006. Primeiro que a RD não é retirada na lei de 2019, ela permanece, mas perde a centralidade do cuidado, ela não dá suporte para os serviços atuarem já que a centralidade vai ser a internação, só que, por exemplo, a RD é presente na política de HIV/Aids (P.4).

Alguns profissionais afirmaram que a formação política em RD concorreu para que esse modo de cuidar permanecesse atuante, a despeito das normativas governamentais. O P.2 coloca que:

Não se acaba com uma estratégia de cuidado através de um decreto. . .então por mais que esteja colocado nos textos governamentais que a RD não é mais a diretriz do cuidado, na hora da gente pensar o cotidiano de um CAPS-ad na prática você tem um batalhão de trabalhadores de saúde que foram formados nessa cultura e que vão seguir fazendo isso mesmo que todo mundo diga que é proibido.

O P.6 que reafirmou a potência dos trabalhadores em RD, observando a potencia dos trabalhadores como asseverou P.2 anteriormente:

Eu acho que os avanços é que a gente conseguiu formar pessoas para a atuação na prática com a RD e foram essas pessoas que sustentaram para que os retrocessos quando chegassem, não acabassem com tudo de uma vez. . .colocando pessoas para dentro para sustentar essa máquina na perspectiva da atenção psicossocial e da RD (P.2).

Algumas expectativas foram criadas com a vitória do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2023. Porém, os profissionais demonstraram não se iludirem totalmente sobre os avanços da RD neste novo governo, em razão, das pactuações com os movimentos conservadores para se eleger.

O P.5 realizou uma crítica ao favorecimento das comunidades terapêuticas no atual governo Lula dizendo:

A gente tem criticado muito que. . .saiu uma resolução do governo novo criando uma Secretaria de Apoio às Comunidades Terapêuticas que é uma coisa que não tem nenhuma evidência científica que funciona, e que elas não são nem comunidades e nem terapêuticas. Então assim, não tem nenhuma resolução semelhante do governo criando, por exemplo, um departamento de RD. . .O retrocesso que a gente tá vendo é muito mais uma paralisia do governo novo no sentido de tomar medidas mais arrojadas, de retomar esse conceito com o peso que ele merece e que precisa ser implementado num país como o Brasil em políticas públicas mais arrojadas. . .na minha opinião assim, tem um medo de pressão do conservadorismo, nessa ligação que tem com o centrão. Essa ligação que tem com o centrão é com os pastores Pentecostais”.

Da mesma forma, o entrevistado P.6, realizou exame quanto ao posicionamento do governo Lula:

Atualmente a gente acha que vai conseguir avançar um pouco, porque a gente entende que mesmo que tenha trocado de governo a gente sabe que aí às vezes vão tomar lá e dar cá. Hoje a gente tem uma coordenação nacional de saúde mental que não tá conseguindo dialogar com os setores, então a gente que pensou que ia ter bastante avanço, mas a gente tá vendo que a coisa tá parada. . .no Ministério da Justiça tem pessoas tentando retomar alguns projetos. . .de políticas públicas novamente inovadoras, mas a gente não tá vendo diálogo entre Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e Ministério da Educação a gente praticamente não ouve falar de nada de que esteja acontecendo (P.6).

Uma breve leitura dos últimos acontecimentos envolvendo as decisões do governo, nos mostra quais são as prioridades, incluindo aqui também as do Congresso Nacional. Apesar da expectativa de retomada de construção da RP, testemunhamos um processo lento e insuficiente. Para mais, as comunidades terapêuticas avançam de forma significativa, como se comprova a seguir.

Em maio de 2023, o Ministério da Saúde anunciou a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o investimento de R\$ 32.389.256,88. Entre março e maio foram habilitados 27 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 55 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), quatro Unidades de Acolhimento e 159 Leitões de Saúde Mental em

Hospital Geral. A diretora do Departamento de Saúde Mental, Sonia Barros, afirmou o comprometimento com o Movimento da Luta Antimanicomial (LMA), a fim de garantir políticas de cuidado em liberdade, com a atenção integral e humanizada das práticas e serviços. Durante a abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a diretora discursou comemorando a “retomada” da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, após o retrocesso vivido nos últimos quatro anos (Ministério da Saúde, 2023).

Ao analisarmos as contradições que compõem os avanços e retrocessos das políticas públicas brasileiras e seus rebatimentos na área da infância e adolescência, deparamo-nos com dados do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) que revelam que, entre 2018 a 2023, houve aumento de 182% nas emendas parlamentares destinadas às comunidades terapêuticas. A destinação de recursos em 2020 foi de R\$27,8 milhões; em 2021, o montante disparou para R\$40,5 milhões; em 2022, R\$36,4 milhões; em 2023, até o mês de maio, já acumulavam R\$53,6 milhões (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2023).

Ainda em maio de 2023, especialistas se reuniram na Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família da Câmara dos Deputados em uma discussão sobre a necessidade do fim do financiamento de comunidades terapêuticas. Profissionais de saúde se posicionaram a favor do cuidado no SUS alertando que o investimento nessas comunidades não resultou em melhora nos indicadores de saúde mental. A fiscalização precária das comunidades terapêuticas foi outro ponto debatido, com o argumento de que a fiscalização ficava a cargo de conselhos (nacionais, estaduais e municipais) sem que houvesse a participação da sociedade civil, ou era terceirizada para outra empresa privada. O tratamento no SUS foi defendido colocando em evidência as medidas de controle social e transparência inerente ao sistema que é público (Brasil, 2023).

Os defensores das comunidades terapêuticas, políticos conservadores ligados às igrejas que administram tais instituições se posicionaram a favor da continuidade do financiamento. A deputada Cristiane Lopes (União-RO) ironizou “A grande diferença entre os senhores (especialistas) e para quem cuida das Comunidades Terapêuticas é que os senhores falam de teoria, de protocolos, enquanto eles falam da prática, do cuidado”. O deputado pastor Eurico (PL-PE) afirmou que essas instituições não são contrárias à liberdade religiosa, dizendo que “São instituições sérias que têm o cunho cristão”. Já o pastor Henrique Vieira (Psol-RJ) defendeu que a diversidade religiosa deveria ser contemplada (Brasil, 2023).

Mesmo com os embates entre especialistas da saúde e parlamentares e religiosos conservadores, no final de 2023, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,

Família e Combate à Fome (MDS) lançou um novo edital de credenciamento de comunidades terapêuticas, tendo como público prioritário as internações de mulheres e mães nutrizes (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2023). No ano seguinte, em mais episódio de oposição ao paradigma manicomial, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) rejeitou o reconhecimento de comunidades terapêuticas como entidades de assistência social e sua vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mediante a publicação da resolução CNAS/MDA 151/202 (Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS], 2024). Infelizmente o que a história tem revelado é que o posicionamento de conselhos de classe, como do serviço social, não tem sido o suficiente para barrar a expansão das instituições manicomiais.

O financiamento público dessas instituições tem avançado também em âmbito estadual. Em 2024, o governador Carlos Massa Ratinho Junior anunciou 10 milhões de reais anuais para apoio às comunidades terapêuticas com recursos da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e Família (SEDEF). Segundo palavras do próprio governador “O Estado sozinho não consegue fazer tudo, então esse programa lançado hoje vai atender centenas de Comunidades Terapêuticas pelo Paraná”. Ademais, o político assinalou a “eficiência” das ações de repressão afirmando que “Estamos conseguindo fazer o enfrentamento ao crime organizado para dificultar que o acesso chegue até as nossas crianças, nossos jovens e assim por diante” (Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e Família [SEDEF], 2024).

Voltando ao cenário nacional, ao realizar um balanço da “questão das drogas” no terceiro mandato do governo Lula, Costa (2024) se posicionou contra o financiamento das comunidades terapêuticas, carro chefe do avanço privatista, manicomial e conservador, ao desvelar as contradições que atentam contra a RP. O autor colocou que, a partir de um modo de governar que busca a conciliação de classes, abriu-se vasto campo para a hegemonia manicomial, repressiva e criminalizadora das políticas sobre drogas. Tais retrocessos acompanham um conjunto de ofensivas do capital contra a classe trabalhadora e análise de não esgotar a crítica ao executivo liderado pelo PT, mas se amplia ao legislativo, entre outras esferas estaduais e municipais, bem como à sociedade como um todo. Como exemplo, registrou o forte lobby das comunidades terapêuticas pela bancada conservadora, denominada na linguagem corrente de bancada do boi, da bala e da bíblia, alertando que já no governo Dilma Rousseff as comunidades terapêuticas estavam inseridas na RAPS.

Como assinalamos anteriormente, em relação aos avanços operados no escopo do Ministério da Saúde (MS), mencionamos a retomada da RP com a criação do Departamento

de Saúde Mental em 2023, a escolha da militante professora Sônia Maria de Barros, para coordenação do departamento, a revogação da portaria que inseria o hospital psiquiátrico na RAPS e a retomada de investimentos na ampliação de serviços substitutivos. Em compensação, Costa (2024) verifica a criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, dentro da Secretaria-Executiva do MDS, que deslegitimou a criação de um Departamento de Saúde Mental e inaugurou um acontecimento inédito de um departamento para um serviço privado manicomial. Além do mais, 80,3% das verbas do MDS foram direcionadas para as comunidades terapêuticas, que se concentram atualmente no MDS e Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), configurando-se como um ataque por fora ao SUS (Costa, 2024; Costa & Mendes, 2023;).

Apontam-se alguns avanços referentes ao MJSP como a reativação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), a reformulação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD) que, além de incentivar a RD, estabeleceu estratégias para grupos e contextos negligenciados ou violentados pelas políticas sobre drogas, entre esses grupos estão crianças e adolescentes. O aceno da SENAD, no âmbito internacional, com a defesa dos direitos humanos da mesma forma situa-se como um ponto positivo (Costa, 2024). Todavia, segue-se a manutenção do Conselho atrelado a MJSP, responsável pelas ações repressivas e o repasse via Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) que segue financiando a “Guerra às Drogas e, atacando o SUS mediante o financiamento de Comunidades Terapêuticas” (Costa & Mendes, 2023, p. 165).

Os ataques citados vêm ocorrendo com o apoio de lideranças que teoricamente dizem defender bandeiras progressistas, promovendo ascensão do que Costa (2024) denomina de esquerda manicomial, nos quadros do Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), o Partido Socialista Brasileiro (PSB), o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e Partido Social Democrático (PSD). Das pautas nas quais a esquerda votou em conjunto com os conservadores, podemos citar o projeto de lei que institui o dia 18 de agosto como o Dia Nacional das Comunidades Terapêuticas, não ironicamente no mesmo dia é comemorado o dia da Luta Antimanicomial e, o projeto de lei complementar de imunidade tributária para tais instituições (Costa, 2024).

Orientados pela agenda antimanicomial e antiproibicionista, movimentos sociais como coletivos, organizações, grupos, associações de usuários, familiares de trabalhadores, pesquisadores e militantes, têm se posicionado contra o financiamento e favorecimento das comunidades terapêuticas. Contudo, há necessidade de se fortalecer a luta, pois se verifica certo abrandamento da Luta do Movimento Antimanicomial, da RD e a prevalência de uma

posição defensiva. Nessa conjuntura, concordamos com Costa (2024), quando assinala que há um avanço privatista, manicomial e conservador, sendo as comunidades terapêuticas as instituições representativas deste avanço, denunciando que o enfrentamento das contradições exige a leitura da sociedade capitalista, a fim de construir capacidade de organização que transcenda o campo saúde mental, álcool e outras drogas, ampliando a unidade na luta com outros movimentos sociais e populares, instrumentos de luta da classe trabalhadora, como partidos e sindicatos.

A despeito do marasmo do atual governo em promover a RD, o P.5 assinala-nos, como forma de enfrentamento, a fomentação de outros espaços de construção de política, sinalizando que a RD não depende e nem deve depender apenas da “boa vontade” do estado que, na verdade, como vimos, se assenta muito mais na defesa de políticas proibicionistas. Neste sentido, P.5 observa que:

No ano de 2023 a gente teve a 17ª Conferência Nacional de Saúde depois de muito tempo. Na conferência Nacional de Saúde saiu uma resolução a favor da RD e outra resolução contra as Comunidades Terapêuticas. . Está em curso a preparação da Conferência Nacional de Saúde Mental, e outro fórum que tá borbulhando a RD e as resoluções devem ir muito nesse sentido favorável e talvez a até entre em coisas específicas de adolescente por ser Saúde Mental mais específica do que a conferência nacional de saúde que tratava de tudo. . Também foi reformulado o Conselho Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas que fica no Ministério da Justiça e a composição do novo conselho parece interessante muito embora o conselho tenha sido reformulado, mais com a participação da sociedade civil, com pessoas antiproibicionistas mais ligados à RD, até agora não se reuniu e não tá implementando nenhuma política específica (P.5).

A 17ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a resolução nº 719 de 17 de agosto de 2023, que dispõe as diretrizes, propostas e moções aprovadas e, aproximadamente 13 propostas incluíram a RD. As propostas abarcam ações de RD em conjunto com o fortalecimento da Atenção Básica, da Rede de Atenção Psicossocial, das políticas de RD, da Atenção à população transexual, inclusive crianças e adolescentes, de estratégias antiproibicionistas, com a exclusão das comunidades terapêuticas da RAPS, da extinção progressiva das comunidades e do “Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas” com garantia da continuidade da assistência, destinação dos recursos das comunidades

terapêuticas para o custeio e qualificação dos CAPS, e o fim do financiamento público para hospitais psiquiátricos e instituições religiosas (Conselho Nacional de Saúde, 2023a; 2023b).

Abrimos aqui um parêntese para anotar a existência de uma *Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Rede Pq-SMCA)* que foi criada em 2020 e agrega pesquisadores/as, docentes e discentes ligados a programas de pós-graduação *stricto sensu* de universidades e institutos de pesquisa brasileiros. Essa rede tem em comum a defesa da democracia e dos direitos humanos como valores inalienáveis; o reconhecimento de que a saúde mental se refere e se dirige a sujeitos históricos, relacionais, imersos na linguagem e sensíveis aos contextos onde vivem; a concepção de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos; a afirmação do modelo psicossocial e do cuidado em liberdade como fundamentos da política pública de saúde mental; o entendimento de que o trabalho em rede, a colaboração intersetorial, o compartilhamento de saberes e o componente da promoção de saúde mental são imprescindíveis para o avanço do cuidado e do sistema de proteção às infâncias e adolescências brasileiras. A Rede Pq-SMCA se reúne mensalmente, discute pautas do campo, organiza eventos, com a finalidade de elaborar estratégias e estreitar o diálogo entre pesquisadores em uma rede nacional. Como exemplo da inserção política citamos que, em 2023, a RedePq-SMCA elaborou um documento técnico intitulado “Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes”, apresentando-o ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, vislumbrando colaborar com a estruturação da Política Nacional de Saúde Mental, com foco nas ações necessárias para consolidação da atenção psicossocial como modelo de cuidado para crianças e adolescentes. Desde fevereiro de 2024 a Rede Pq-SMCA tem buscado uma interlocução com o Departamento Nacional de Saúde Mental e lutado para a retomada do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil e para que o mesmo se constitua novamente como uma instância deliberativa (Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescente [RedePq-SMCA], 2023).

Enquanto profissionais, usuários, famílias e militantes tentam resistir, a contrarreforma psiquiátrica continua em curso, em razão dos ganhos com a mercantilização da saúde mental da classe trabalhadora. Em tentativa de conciliação com as forças conservadoras, as forças progressistas seguem realizando concessões que desumanizam a parcela mais pauperizada e precarizada da população, que depende principalmente da oferta de cuidados dos serviços públicos. Ao realizar uma síntese referente à RD e os retrocessos e avanços das políticas públicas brasileiras do campo saúde mental, álcool e outras drogas, constatamos mais

retrocessos que avanços tanto na opinião dos profissionais entrevistados, quanto dos pesquisadores que publicam artigos científicos sobre a temática.

Em síntese, relembramos de alguns avanços do início dos anos 2000, com a lei 10.216/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada com diversas ressalvas e modificações operadas por representantes de forças conservadoras. Desse modo, a RP foi gestada desde seu início em um contexto de políticas neoliberais e as políticas álcool e outras drogas começaram a ganhar destaque nessa mesma época e, em alguns documentos governamentais, a RD passou a ser considerada diretriz de cuidado nas políticas voltadas à saúde de pessoas que usam drogas.

Ao mesmo tempo em que se investiram recursos em dispositivos substitutivos, alavancaram gastos que, em 2010, se equipararam aos investimentos em hospitais psiquiátricos. Adicionado a isso, os investimentos direcionados ao campo álcool e outras drogas, passaram a financiar maciçamente as comunidades terapêuticas, como a partir de 2010 com os recursos do *Programa Crack é Possível Vencer*. As políticas sobre drogas reproduziram incessantemente a lógica proibicionista e reforçaram o modelo jurídico-moral e biomédico no campo da saúde com a valorização pujante da abstinência.

Embora o viés neoliberal e proibicionista estivesse presente nos governos anteriores, mesmo naqueles que se consideravam “progressistas”, a partir do ano de 2016 aprofundou-se o movimento de desmantelamento das políticas públicas, principalmente as de saúde mental tendo o campo álcool e outras drogas como principal alvo, com avultosos investimentos em instituições privadas em prejuízo da ampliação de dispositivos substitutivos. Outrossim, a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS foi uma desvelada afronta aos princípios da RP.

Nos anos subsequentes, os ataques se intensificaram com praticamente a total entrega de recursos do MDS para a base religiosa que promoveu a eleição de Bolsonaro. As internações psiquiátricas foram ampliadas, inclusive o CONAD incentivou a internação de crianças e adolescentes, sendo que inspeções em instituições de internação identificaram inúmeras violações aos direitos humanos listados também no ECA, legislação que o CONAD citou na sua resolução. Assim, verificamos que o ataque dos direitos de crianças e adolescentes foi utilizado na campanha de Bolsonaro com a defesa da redução da maioridade penal, demonstrando que a negação desta população como sujeitos é uma construção que ainda angaria apoio de grande parcela da população. Esta negação se expressou de modo semelhante no campo álcool e outras drogas, quando a saúde mental foi posta como moeda de troca nas articulações políticas de representantes tanto de direita quando de esquerda.

Concluimos esse eixo demarcando que os avanços concernentes à RD, em sua totalidade, não foram operados a partir da vontade estatal, mas pela coletividade encarnada nos movimentos sociais. A título de exemplo tivemos algumas falas de profissionais citando como avanço o fortalecimento de movimentos sociais como o movimento antiproibicionista negro, LGBTQIA+ e de feministas antiproibicionistas. Ademais, mencionaram que foram os participantes da 17ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2023 que elaboraram resoluções na defesa pela RD e da saúde mental de crianças e adolescentes, demonstrando que tais conferências ainda se configuram como importantes espaços de luta coletiva contra os retrocessos.

Entendemos que com o aumento da influência política de movimentos e setores conservadores, a RD como diretriz foi saindo de cena, a ideologia manicomial foi impulsionada, inclusive no que tange ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Entretanto, apesar dos ataques à RD, os profissionais engajados e os movimentos sociais continuaram operando, reivindicando a reconstrução das políticas alçadas no cuidado em liberdade, confirmando-nos que a RD nasceu e continuará sendo sustentada de baixo para a cima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caminhada em busca dos objetivos da pesquisa nos levaram a construir uma discussão teórica acerca da historicidade da relação humana com as drogas que mostrou que esta relação foi sendo alterada ao longo da história e que a partir das mudanças nas relações entre valores de troca e valores de uso, a droga ganhou o *status* de mercadoria, passando a conformar consumos nomeados como problemáticos à medida em que o capital se apropriou das substâncias como mercadorias, destruindo seus significados sociais ancestrais.

Vimos que a ascensão da lógica proibicionista se utilizou do consumo de substâncias para o controle social da classe trabalhadora e para encobrir as causas reais das mazelas sociais decorrentes do modo capitalista de produção. Vimos que principalmente no início do século XIX, com a pauperização da classe trabalhadora e acirramento das contradições entre capital e trabalho, o consumo de drogas passou a ser associado a populações específicas definidas de acordo com a classe social, confissão religiosa ou raça/etnia. No caso do Brasil, as elites conservadoras detentoras do poder se ancoraram em explicações pseudocientíficas como das teorias racialistas para culpabilizar certos grupos sociais. Mais tarde, durante a Ditadura Militar, as drogas foram associadas aos setores de esquerda que lutavam contra a opressão da classe trabalhadora. Constatamos que os discursos higienistas e anticomunistas reverberam na atualidade estampando propagandas políticas de setores conservadores, que ainda se elegem com a bandeira proibicionista.

Contraopondo-nos às concepções naturalizantes e a-históricas, partimos da psicologia sócio-histórica, articulando reflexões que objetivavam demonstrar que tal qual qualquer compreensão das adolescências, o uso/abuso de substâncias deve ser compreendido a partir do modo como os homens se organizam para produzir a vida e atender suas necessidades. Assim, procuramos nos debruçar sobre o tema adolescência-uso de drogas pelas lentes da psicologia sócio-histórica com o intuito de questionar as concepções hegemônicas de infância e adolescência, atreladas ao desenvolvimento capitalista e à exploração desses sujeitos dentro desse mesmo sistema.

Um olhar mais atento para as particularidades históricas evidenciou que as infâncias e adolescências na formação social brasileira foram e ainda são marcadas por mecanismos de desproteção, exploração e toda sorte de violências. Importando dos países colonizadores, as concepções naturalizantes de desenvolvimento humano e explicações sobre o que leva ao uso destas substâncias são justificadas como sendo próprias, naturais da adolescência, sendo escassas as análises mais aprofundadas do que é ser adolescente nessa sociabilidade.

A pesquisa de campo ao nos permitir ouvir profissionais que atuaram como redutores de danos e pesquisadores/estudiosos do tema sustentou as discussões empreendidas a partir de três eixos. Estas discussões revelaram a diversidade que perpassa o entendimento do que seria a RD. No primeiro eixo vimos que os conceitos e concepções trazidos pelos profissionais entrevistados sobre RD são variados. Há aqueles que apontam sua polissemia definindo a RD ao mesmo tempo como um paradigma; uma política pública; uma prática e ou um conjunto de intervenções. Há os que a definiram como diretriz ético-clínica-política e mais, como diretriz antirracista. Os entrevistados definiram a RD também como uma abordagem antiproibicionista, como mediadora de um cuidado mais humanizado e como mediadora da democratização. Por fim, alguns definiram ainda a RD como via de desmistificação/minimização dos efeitos do capitalismo. Todos os profissionais entrevistados lançaram mão de definições muito presentes no mundo acadêmico, posicionando-se de forma crítica em relação às concepções de RD e procurando evidenciá-la como possibilidade de um cuidado mais humanizado.

Já no segundo eixo constatamos a falta de práticas e políticas públicas em saúde que contemplem a RD na interface com a adolescência, em uma evidente escassez de iniciativas de RD com crianças e adolescentes. Refletimos neste eixo o quanto o paradigma proibicionista reina e fornece lucros exorbitantes com a proibição de algumas substâncias, ao passo que proporciona a violência como única mediação na relação com as crianças e os adolescentes da classe trabalhadora.

No terceiro e último eixo, a análise trouxe à tona concomitantes avanços e retrocessos da RP e da RD nos últimos tempos. No momento que encerramos esse trabalho, constatamos mais retrocessos que avanços, pois a contrarreforma psiquiátrica continua em curso. Muitas concessões estão sendo feitas aos setores e partidos que detém o poder político, precarizando cada vez mais os serviços públicos.

Particularmente, sobre RD com crianças e adolescentes, as falas dos profissionais convergiram para a luta pela garantia e defesa de direitos de crianças e adolescentes estabelecidos constitucionalmente e também no ECA. Contudo, discutimos que em uma compreensão marxista, o sujeito de direitos nada mais é do que um conceito que evoca a ilusão da liberdade humana, mas que na prática a única liberdade que se tem é a de vender a mão de obra para o capitalista. Nessa direção, procuramos desvelar os mecanismos capitalistas envolvidos ao fenômeno das drogas em uma sociedade estruturada sobre o consumo, que transforma tudo em mercadoria. Nesta sociedade devemos olhar para o proibicionismo como uma antessala da valorização do capital, que violenta grande parte da população, em sua

maioria negros, pardos e pobres vítimas do racismo, que ocasiona a morte inclusive das suas crianças e adolescentes.

Entendemos que a lógica proibicionista impede o debate sobre qualquer possibilidade de RD, especialmente a voltada ao público adolescente, não apenas por simples ignorância, mas porque transforma a atenção à saúde em modos de lucrar com a oferta de determinados “tipos de cuidado”. Rotelli et al. (2019) nos ensinaram, há tempos, que o trabalho terapêutico deveria operar no sentido de transformar os modos de viver e sentir o sofrimento e, por isso, o que se pretendeu nesse trabalho foi ampliar as discussões acerca do cuidado em saúde/saúde mental de crianças e adolescentes em uma perspectiva antimanicomial e redutora de danos.

Reiteramos que consideramos o uso de drogas pode ser problemático porque prejudica o desenvolvimento humano não apenas no aspecto biológico, mas porque corrobora com os interesses de valorização do capital que concorre para o acirramento dos mecanismos de alienação e exploração que, conseqüentemente, em nosso entendimento, produz toda sorte de adoecimento/sofrimento, inclusive o psíquico. Em uma sociedade onde a maioria das pessoas é expropriada dos meios de produção, em favorecimento do enriquecimento de uma pequena parcela, o sofrimento psíquico não é exceção. A liberdade limitada pela luta pela sobrevivência empobrece o mundo dos homens, enquanto as mercadorias se valorizam.

No sistema capitalista, a hegemonia dos discursos sobre drogas pertence ao paradigma proibicionista, que nega a existência de crianças e adolescentes enquanto sujeitos e consumidores e, qualquer possibilidade de cuidado caso esse consumo seja danoso. Paradoxalmente, o uso e o uso problemático podem ser, justamente, uma denúncia, um protesto contra esta negação, uma forma de dizerem que também são sujeitos e que também podem demandar cuidados em saúde/saúde mental.

Na atual conjuntura, vimos que em meio às conciliações políticas que privilegiam as classes dominantes, a RD sempre seguiu ileso a interesses nada coletivos. Experenciamos, sobretudo no campo álcool e outras drogas, a amplificação da “*Contrarreforma Psiquiátrica*” em sua dinâmica neoliberal de expropriação e espoliação da classe trabalhadora e do estado pelo capital, podendo ser observada nos processos de enxugamento orçamentário, remanicomialização e mercantilização, que recebem apoio até mesmo daqueles setores que se dizem progressistas. Adicionalmente discutimos dados que evidenciam o avanço do neoliberalismo tendo como pilar a destruição de políticas públicas e a valorização da repressão proibicionista que ameaça direitos de crianças e adolescentes, desvelando assim a inverídica propaganda da proteção integral.

Nada obstante, observamos a partir das nossas análises que a RD continua sendo fortalecida pela luta de movimentos sociais e, no cerne das lutas também se inserem muitos profissionais. Presenciamos o relato de profissionais que têm consciência de que a questão do uso problemático de drogas está totalmente subordinada ao modo de funcionamento capitalista que aliena e declara que tudo é passível de ser consumido como mercadoria.

Como parte de nossas considerações finais cabe também registrar que durante a pesquisa nos deparamos com poucas produções científicas que se debruçam especificamente sobre a interface adolescência-uso de drogas-RD, aprofundando a importância de outros estudos sobre a relação RD-adolescência em uma perspectiva marxista. Logo, acreditamos que uma das maiores contribuições deste trabalho foi a iniciativa de afirmar a RD enquanto parte de um projeto de sociedade que cuida de suas crianças e adolescentes como sujeitos concretos, que se relacionam com as drogas, na sua não negação, como uma forma de reafirmá-los e fortalecê-los. Ponderamos que modelos com enfoque proibicionista não culminam em um mundo livre de drogas, perpetuando os efeitos iatrogênicos que aumentam o sofrimento e concorrem para a demanda pelo consumo, muitas vezes, em prol da sobrevivência. Tal demanda anima o financiamento de instituições privadas que apostam no aprisionamento e na medicalização, vendidos como o melhor “cuidado”.

Relembramos que essa pesquisa objetivou investigar “se” e “como” a Redução de Danos (RD) se aplicaria ao período da adolescência e se a RD poderia contribuir para o cuidado em saúde mental frente ao uso problemático de drogas neste período do desenvolvimento humano.

A partir dados, isto é, sobre a base material da sociedade brasileira, sustentados pelas contribuições dos profissionais entrevistados, que a RD pode e deve ser direcionada aos adolescentes brasileiros cuja existência articula e acirra múltiplas vulnerabilidades, que sofrem frequentemente a violência perpetrada pela repressão proibicionista e pela lógica manicomial.

Para tanto, alinhados com Matos (2023), defendemos uma RD anticapitalista, antiproibicionista e que se faça atuante na luta pela oferta de um cuidado mais emancipatório. Somente esta RD será capaz de atender aos interesses de nossas crianças e adolescentes. Logo, respondemos que sim, que essa RD urge ser aplicada no cuidado de adolescentes, dado que a sociabilidade capitalista reafirma primordialmente o consumo como forma de existência e trata até mesmo a existência do sofrimento humano como mercadoria.

E como essa RD anticapitalista se aplicaria? Ela se aplicaria em todos os contextos que negam crianças e adolescentes como usuários de drogas em um sistema que alimenta o uso

problemático, a partir de seus mecanismos de exploração e alienação. Contudo, cabe assinalar que essa RD vai além do manejo instrumental e da ética liberal de garantia e defesa de direitos no bojo capitalismo dependente, pois ela mesma realizaria a denúncia contra a exploração e desapropriação da classe trabalhadora e também se oporia contra a valorização do capital mediante a repressão e a morte, como já observou Matos (2023).

Resgatamos aqui as palavras do psicólogo social e militante Ignacio Martín-Baró (1976, n.p), crítico ferrenho do sistema capitalista, produtor primeiro das desigualdades, para pensarmos uma RD anticapitalista:

O tipo de crescimento preconizado pelo atual sistema capitalista (o “desenvolvimento”) não é nem pode ser o modelo ideal, pois implica necessariamente essa divisão radical entre dominadores e dominados, ricos e pobres. O mesmo deve ser afirmado em relação ao estilo de vida, à cultura, etc., que depende, em última instância, da manutenção deste sistema socioeconômico. (Tradução Nossa).

Nesse momento histórico nos juntamos àqueles que consideram que a RD deve ir além de um instrumento ou uma ética de cuidado, que se apresenta, inegavelmente como a alternativa mais digna. Concluimos que a RD pode emergir não apenas como instrumento de luta pela garantia e defesa de direitos sociais básicos, mas, desde que aderida a um projeto societário mais amplo pode compor uma luta que é bem maior e que pretende a emancipação humana. Encerramos essa dissertação cientes de que, para superarmos o que está posto, é premente uma RD anticapitalista, que se coloque contra TODAS as formas de exploração e que vislumbre em seu horizonte o desenvolvimento pleno e consciente de TODAS as pessoas, desde as suas crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- Adade, M., & Monteiro, S. (2013). Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. *Educação e Pesquisa*, 40(1), 215–230.
<https://doi.org/10.1590/S1517-97022013005000009>
- Agência Paulista de Promoção de Investimentos e Competitividade [INVESTSP]. (2023). Faturamento da indústria farmacêutica cresce 62% em cinco anos. *Agência Paulista de Promoção de Investimentos e Competitividade*, São Paulo.
<https://www.investe.sp.gov.br/noticia/faturamento-da-industria-farmacautica-cresce-62-em-cinco-anos/#:~:text=Faturamento%20da%20ind%C3%BAstria%20farmac%C3%AAutica%20cresce%2062%25%20em%20cinco%20anos,-Panorama%20Farmac%C3%AAutica&text=O%20faturamento%20da%20ind%C3%BAstria%20farmac%C3%AAutica,de%20uma%20an%C3%A1lise%20da%20Interfarma.>
- Albrecht, D. (2022). A luta antimanicomial nos governos democrático-populares: Contribuições para um balanço a realizar. *Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, 20(49).
<https://doi.org/10.12957/rep.2022.63479>
- Almeida Filho, A. J., Ferreira, M. A. F., Gomes, M. L. B., Silva, R. C. da, & Santos, T. C. F. (2007). O adolescente e as drogas: Consequências para a saúde. *Pesquisa Brasileira em Enfermagem*, 11(4).
<https://www.scielo.br/j/ean/a/Z4XZcQ7vxQGJVy7qx4byCsz/>
- Alvarenga, R., & Soares, G. M. (2020). Educação em direitos humanos, drogas e redução de danos. *Revista de Estudos Universitários - REU*, 46(2), 425–446.
<https://periodicos.uniso.br/reu/article/view/3989>
- Alves, D. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2497-2505.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/c5srmqDwSkZCmzCcqrmtwzM/abstract/?lang=pt>
- Amarante, P. D. C. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Andrade, T. M. de. (2007). Uso de drogas entre adolescentes jovens: perspectivas de prevenção no contexto das relações familiares e da educação à luz dos princípios e práticas de redução de danos. *Ciência & saúde coletiva*, 12(5), 1118–1120.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500006>
- Angotti, E. M. & Rodrigues, A. (2023). O papel dos instrumentos e signos culturais no desenvolvimento do pensamento: contribuições para a educação. *Cadernos da Fucamp*, 22(55), pp.70-86.
<https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2908>

- Antunes, A. (2019). *A Redução de Danos no fio da navalha*. EPSJV/Fiocruz.
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/reducao-de-danos-no-fio-da-navalha#:~:text=%C3%89%20ela%20que%20inscreve%20a,Psiqui%C3%A1trica%2C%20aprovada%20um%20ano%20antes.>
- Antunes, A., & Guimarães, C. (2018). “Nesses dois anos o Ministério da Saúde atuou contra o SUS”. EPSJV/Fiocruz.
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nesses-dois-anos-o-ministerio-da-saude-atuou-contra-o-sus>
- Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho* (2ª ed., 10ª reimpr. rev. e ampl.). São Paulo: Boitempo.
- Araújo, C. R., & Pires, C. S. (2018). Redução de danos na atenção psicossocial: Concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. *Tempus, actas de saúde coletiva*, 11(3), 9-21.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882812/2017-v-11-n-3-portugues.pdf>
- Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [E-book]. Editora Fiocruz; Editora da Unesp.
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37787>
- Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas [ABEAD]. (2023, 2 de agosto). *Comunidades terapêuticas: Fiscalização insuficiente não garante tratamento digno a dependentes químicos*.
<https://abead.com.br/comunidades-terapeuticas-fiscalizacao-insuficiente-nao-garante-tratamento-digno-a-dependentes-quimicos/>
- Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedo [ABRINQ]. (2023). *Cenário da infância e adolescência no Brasil* (1ª ed.).
<https://www.fadc.org.br/noticias/confira-a-nova-edicao-do-cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil>
- Barros, A., & Peres, M. (2011). Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. *Periferia*, 3(2).
<https://doi.org/10.12957/periferia.2011.3953>
- Bayón, J. M. (2019). *Historia de las drogas: Desde la prehistoria a la actualidad*. Susaeta: Madrid.
- Bizzo, N. M. V. (1994). *Meninos do Brasil: Ideias sobre reprodução, eugênia e cidadania na escola*. Tese (Livre-Docência). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Boarini, M. L. (2012). A infância higienizada. In Boarini (Org.). *Higiene Mental: Ideias que atravessaram o século XX* (pp. 25-48). Maringá: EDUEM.
- Bock, A. M. B. (2004). A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos CEDES*, 24(62), 26–43.
<https://doi.org/10.1590/S0101-32622004000100003>

- Bock, A. M. B. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 63–76.
<https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007>
- Bock, A. M. B., Ferreira, M. R., Gonçalves, M. d. G. M., & Furtado, O. (2007). Sílvia Lane e o projeto do "Compromisso Social da Psicologia". *Psicologia & Sociedade*, 19(spe2), 46–56.
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500018>
- Boiteux, L. (2015). O antimodelo brasileiro Proibicionismo, encarceramento e seletividade penal frente ao tráfico de drogas. Buenos Aires: *Nueva Sociedad | Democracia y política en América Latina*.
<https://nuso.org/articulo/o-antimodelo-brasileiro/>
- Borges, A. (2023). Emendas para comunidades terapêuticas crescem mesmo sem resultado atestado. *UOL*.
<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/06/25/emendas-parlamentares-comunidades-terapeuticas.htm>
- Boschetti, I. S. (2019). Crise do capital e agravamento da desigualdade social no Brasil. Em G. Toassa, T. M. C. S. Souza, & D. J. S. Rodrigues (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica e desigualdade social: do pensamento à práxis* (pp. 42-57). Editora da Imprensa Universitária.
https://files.cercomp.ufg.br/webby/up/1249/o/gisele_toassa-EBOOK.pdf
- Boto, C. (2003). Na Revolução Francesa, os princípios democráticos da escola pública, laica e gratuita: o relatório de Condorcet. *Educação & Sociedade*, 24(84), 735–762.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302003000300002>
- Bottomore, T. (2001). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Editora Zahar. (Original publicado em 1983).
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7049739/mod_resource/content/1/Bottomore_dicion%C3%A1rio_pensamento_marxista.pdf
- Brasil, E. (2023d, 18 de maio). Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. *Agência Câmara de Notícias*.
<https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas>
- Brites, C. M. (2006). *Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos* (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17822>
- Britto, A. (2021). A droga da subversão: Anticomunismo e juventude no tempo da ditadura. *Revista Brasileira de História*, 41(86), 1-22.
<https://www.scielo.br/j/rbh/a/NQnHQgpdRHwmnfQymwbvh9z/>
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/>

- Camargo, J. (2024, 27 de agosto). Relatório denuncia violações em institutos de saúde mental no DF e entorno. *Brasil de Fato*.
<https://www.brasilefatodf.com.br/2024/08/27/relatorio-denuncia-violacoes-em-institutos-de-saude-mental-no-df-e-entorno>
- Camargos, M. (2003). Uma República nos moldes franceses. *Revista USP*, (59), 134-143.
<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13281>
- Campos, M. S. (2018). O novo nem sempre vem: Lei de drogas e encarceramento no Brasil. *Repositório do conhecimento IPEA*.
<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8877>
- Carneiro, H. S. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro*, 6, 115-128.
<https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/necessidades-humanas-e-o-proibicionismo-das-drogas-no-seculo-xx>
- Carneiro, H. S. (2003) Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos*.
<https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/bebidas-alcoolicas-e-outras-drogas-na-epoca-moderna-economia-e-embriaguez-do-seculo-xvi>
- Carneiro, H. S. (2004). Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna: Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP). https://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf
- Carneiro, H. S. (2018). *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária.
- Carneiro, L. P. (2022). *Educação em saúde sobre drogas em ambiente escolar: uma aposta na redução de danos* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz.
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56634>
- Carvalho, A. T., & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, 25(2), 647-660.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013
- Carvalho, S. (2016). *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06*. São Paulo: Saraiva.
- Castro, L. (2023). *A determinação social do consumo de drogas: Tecendo considerações acerca do cuidado em saúde segundo o materialismo histórico-dialético* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá, PR.
<https://ppi.uem.br/arquivos-2019/lais-castro-dissertacao>
- Centro de Convivência É de Lei. (n.d.). *Sobre Nós*
<https://www.idealista.org/pt/ong/bdb51a868a9246e08b4bb3c37b91ee06-centro-de-convivencia-e-de-lei-sao-paulo>

- Chambouleyron, R. (2010). Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In D. M. Priore (Org.), *História das crianças no Brasil* (n.p). São Paulo: Contexto.
- Coelho, F. J. F., Monteiro, S., & Da Luz, M. R. M. P. (2021). Formação de Professores em um Curso On-line sobre Drogas: Contribuições da Redução de Danos Original Article e da Aprendizagem Colaborativa. *EAD Em FOCO*, 11(1).
<https://doi.org/10.18264/eadf.v11i1.1215>
- Coggiola, O. L. A. (2015). Origens do movimento operário e do socialismo no Brasil. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 7(2), 51-91.
<https://doi.org/10.9771/gmed.v7i2.14971>
- Coggiola, O. L. A. (2021). *Teoria econômica marxista: uma introdução*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Confederação Nacional de Municípios [CNM]. (2012, 30 de julho). Mais de R\$ 100 milhões deve ser investido no combate ao crack no Paraná. *Agência CNM*.
<https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/mais-de-r-100-milh%C3%B5es-deve-ser-investido-no-combate-ao-crack-no-paran%C3%A1>
- CNN Brasil. (2023, maio 30). Avião do tio de Damares: o que sabemos sobre o caso e o que dizem as investigações. *CNN Brasil*.
<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/aviao-do-tio-de-damares-o-que-sabemos-sobre-o-caso-e-o-que-dizem-as-investigacoes/>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, & Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal CFP.
<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>
- Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS]. (2024, 23 de abril). Resolução CNAS/MDS nº 151 de 23/04/2024. *Legisweb*.
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=458088>
- Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS]. (2024, 29 de abril). Conselho Nacional de Assistência Social nega reconhecimento de Comunidades Terapêuticas. *Cofen*.
<https://www.cofen.gov.br/conselho-nacional-de-assistencia-social-nega-reconhecimento-de-comunidades-terapeuticas/>
- Conselho Nacional de Política sobre Drogas [CONAD]. (2020, 24 de julho). Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020: Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. *Ministério Público do Paraná*.
https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/legis/conad/resolucao_conad_n03_2020_drogas_internacao_adolescentes.pdf

- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente [CONANDA]. (2024, 10 de julho). Resolução nº 249, de 10 de julho de 2024: Dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. *Participa Mais Brasil*. <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/53659>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final*. Brasília, DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2023a). *17ª Conferência Nacional de Saúde. Resolução nº 719 de 17 de agosto de 2023*. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2023b). *Conselho Nacional de Saúde recomenda a extinção do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas*. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/conselho-nacional-de-saude-recomenda-a-extincao-do-departamento-de-apoio-as-comunidades-terapeuticas>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal. <https://bd.camara.leg.br/bd/items/a4165122-4e6b-4829-8e77-cdb52b77c7de>
- Coraccini, R. (2021, outubro 28). TJ-MS aposenta desembargadora por usar o cargo para livrar o filho da cadeia. *CNN Brasil*. <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/tj-ms-aposenta-desembargadora-por-usar-o-cargo-para-livrar-o-filho-da-cadeia/>
- Costa, P. H. A. (2020). *Por um (outro) mundo com drogas: drogas, questão social e capitalismo*. São Paulo: Usina.
- Costa, P. H. A. (2021). Há espaço para a redução de danos em políticas antidrogas? *InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais*, 7(1), 226–242. <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/32487>
- Costa, P. H. A. (2022). “Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 14(39), 01–25. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80052>
- Costa, P. H. A. (2024). Governo inicia repasse milionário para manicomialização de mães e bebês. *Esquerda online*. <https://esquerdaonline.com.br/2024/04/15/governo-inicia-repasse-milionario-para-manicomializacao-de-maes-e-bebes/>
- Costa, P. H. A. (2024). Um balanço da "questão" das drogas no início do terceiro governo Lula. *PLURAL - Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 3, e024a05. <https://revistaplural.emnuvens.com.br/prp/article/view/56>
- Costa, P. H. & Mendes, K. T. (2020). Contribuição à crítica da economia política da contrarreforma psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44–59.

<https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.28943>

Costa, P. H. & Mendes, K. T. (2022). Marx e as guerras pelas drogas: Anticolonialismo, antiimperialismo e antiproibicionismo. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 14(2), 362-386.

<https://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.49564>

Costa, P. H. A. da, & Mendes, K. T. (2023). O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e a contrarreforma psiquiátrica. *Argumentum*, 15(3), 156–170.

<https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.39919>

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Editora Fiocruz.

<https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Coord.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Nau.

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40.

<https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxP>

Cruz, M. L. S., & Silva, L. (2015). Da situação irregular à proteção integral: A tutela constitucional da criança e do adolescente. *Anais do I Congresso Norte Mineiro de Direito Constitucional*, Outubro de 2015, Montes Claros, MG, 1. R.

<https://minascongressos.com.br/direitoconstitucional/x3.pdf>

Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 01-20.

<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>

De Melo, L. C. B.; Santa, R. F. Da S. D.; Leonardo, N. S. T.; Leal, Z. F. De R. G. (2024). O conceito de crise na adolescência segundo a psicologia histórico cultural. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2).

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67764>

Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019: Aprova a Política Nacional sobre Drogas.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm#art4

Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: Estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2).

<https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/>

Delmanto, A. (2014). *A redução de danos contra o racismo.*

<https://edelei.org/a-reducao-de-danos-na-luta-contra-o-racismo/>

- Derricott, J., Preston, A., & Hunt, N. (1999). *The safer injecting briefing: An easy to use comprehensive reference guide to promoting safer injecting*.
https://www.drugs.ie/resources/files/guides/mqi_safer_injecting_guide.pdf
- Dias, B. C. (2016, 10 de maio). Valencius Wurch é exonerado da CGMAD/MS. *Abrasco*.
<https://abrasco.org.br/a-saida-de-valencius-e-uma-importante-conquista-dos-movimentos-sociais/>
- Dino. (2024). Indústria farmacêutica movimenta R\$ 190 bilhões em 2023. *O Globo*.
<https://oglobo.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2024/03/12/industria-farmaceutica-movimenta-r-190-bilhoes-em-2023.ghtml>
- Dip, A. (2013). Comunidades terapêuticas religiosas são maioria na terceirização do combate ao crack promovida pelo governo federal. Para deputado que lidera o tema, drogadição é “desvio de caráter”. *Agência Pública*.
<https://apublica.org/2013/11/contra-crack-disciplina-oracao-trabalho/>
- Domanico, A. (2006). *Craqueiros e cracados: Bem-vindo ao mundo dos nórias – Estudo sobre a implementação das estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos piloto do Brasil*. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
<https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/craqueiros-e-cracados-bem-vindo-ao-mundo-dos-noias-estudo-sobre-implimentacao-de>
- Duarte, de O. M. J., Barbosa Furtado, D., Tomaz, M., & Ribeiro da Silva, T. (2024). Drogas, proibicionismo e o cuidado em liberdade: Desafios à política pública. *Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, 22(54).
<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80188>
- Duarte, N., Silva, E. M. e, & Anjos, R. E. dos. (2021). Determinação e Liberdade na Criação Mediada por Sistemas de Signos. *Revista Brasileira De Estudos Da Presença*, 11(1), 01–
<https://seer.ufrgs.br/index.php/presenca/article/view/99913>
- Engels, F. (1979). *Dialética da natureza* (3. ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Obra original publicada em 1872-1882).
- Engels, F. (2010). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* São Paulo: Boitempo. (Original Publicado 1820-1895).
- Escotado, A. (1994). *Las drogas: De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Editorial
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC]. (2018). *Relatório mundial sobre drogas 2018: Crise de opioides, abuso de medicamentos sob prescrição; cocaína e ópio atingem níveis recordes*.
<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC]. (2019). *Relatório Mundial sobre Drogas 2019: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento*.

https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe- tratamento.html#:~:text=Por%20ano%2C%20apenas%20uma%20em,a%20sa%C3%BAde%20em%20ambientes%20prisionais.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC]. (2023). *Relatório mundial sobre drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas*.

<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2023-do-unodc-alerta-para-a-convergencia-de-criises-e-contnua-expanso-dos-mercados-de-drogas-ilcitas.html>

Faleiros, V. de P. (1991). *O que é política social?* (5. ed.). Brasiliense.

Fernandes, F. (1975). *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina* (2. ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Fernandez, O. F. R. L. (2007). *Coca light? Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de "cheiradores" de cocaína em São Paulo*. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

https://www.academia.edu/6908299/Coca_Light_Usos_do_Corpo_Rituais_de_Consumo_e_Carreiras_de_Cheiradores_de_Coca%C3%ADna_em_S%C3%A3o_Paulo_tese_Doutorado

Ferreira de Lima, A., Santos de Oliveira, P. R., & Ferreira de Lima, S. C. (2019). Saúde mental e redução de danos na atenção primária: Concepções e ações. *Psicologia em Estudo*, 24, e40502.

<https://www.scielo.br/j/pe/a/4RMNrWKNpxyzJ5FLZZgFJD/>

Ferreira, M. L. (2023). *Evangélicos no Conselho Tutelar: sobre engajamento e política*. In *GT121: Religião, política pública e direitos humanos: Entre reconhecimento e intolerâncias* (XIV Reunião de Antropologia do Mercosul).

https://www.ram2023.sinteseeventos.com.br/atividade/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czoZnjoiTToxOntzOjE5OiJJRF9BVEIWSURBREUjO3M6MzoiMjQxIjt9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjRjMzAyZDZhZDMxZTljZmQ4MWY0OGFjOWU2MjkxMGFjIj9&ID_ATIVIDADE=241

Filho, A. B., Silva, C. D., & Souza, E. F. (2007). O adolescente e as drogas: Consequências para a saúde. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 605-610.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/Z4XZcQ7vxQGJVy7qx4byCsz/?lang=pt&format=pdf>

Fiocruz. (2019). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, 2017*.

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>

Fiori, J. L. (1997). Estado de bem-estar social: padrões e crises. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 7(2), 129-147.

<https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000200008>

- Fonseca, C. J. B. da. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Revista Psicologia & Saberes*, 1(1).
<https://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/redua%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos%20uma%20proposta%20%C3%A9tica.compressed.pdf>
- Fonseca, L. S., Scheinvar, E., & Lemos, F. C. S. (2022). Trinta anos do Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil: Práticas de garantia de direitos a partir de um marco regulatório neoliberal. *Barbaroi*, 60, 120-147.
<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/234224>
- Fonseca, N. (2024, Novembro 18). Sob Tarcísio, polícia de SP matou quase 60% mais adolescentes do que gestão anterior. *Brasil de Fato*.
<https://www.brasildefato.com.br/2024/11/18/sob-tarcisio-policia-de-sp-matou-quase-60-mais-adolescentes-do-que-gestao-anterior#:~:text=Em%202023%2C%2038%20menores%20de,com%20levantamento%20encaminhado%20pelo%20Uol&text=Desde%20que%20tomou%20posse%2C%20sob,assassinado%20a%20cada%20nove%20dias.>
- Freitas, M. T. d. A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, (116), 21–39.
<https://www.scielo.br/j/cp/a/KnJW3strdps6d vxPyNjmvyyq/>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência [UNICEF]. (2023). *As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil*.
<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/as-multiplas-dimensoes-da-pobreza-na-infancia-e-na-adolescencia-no-brasil>
- Garcia, A., Silva, B., & Oliveira, C. (2021). Os “nós” da rede: A construção de ações intersetoriais na prevenção ao uso de drogas com jovens escolares. *Desidades*, 29, 9-17.
<https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/43333/23198>
- Gazeta do Povo. (2021, 1 de dezembro). Advogado, pastor e agora novo ministro do STF: Quem é André Mendonça? *Gazeta do Povo*.
<https://www.gazetadopovo.com.br/republica/advogado-pastor-e-agora-novo-ministro-do-stf-quem-e-andre-mendonca/>
- Gil, A. C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gioppo, C. (1996). Eugenia: a higiene como estratégia de segregação. *Educ. Rev.*, 12, 167-180.
https://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-40601996000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Gisi, B., Santos, M. C. S., & Alvarez, M. C. (2021). O “punitivismo” no sistema de justiça juvenil brasileiro. *Sociologias*, 23(58), 160-187.
<https://www.scielo.br/j/soc/a/cC3XgYCCmHYKCjDVXv9qDxd/>
- Globo Educação. (2012). *Polícia Militar mantém há 20 anos um projeto educativo contra drogas*.
<https://redglobo.globo.com/globoeducacao/noticia/2012/07/policia-militar-mantem-ha-20-anos-um-projeto-educativo-contradrogas.html>

- Góes, J. R., & Florentino, M. (2010). Crianças escravas, crianças dos escravos. In D. M. Priore (Org.), *História das crianças no Brasil* (n.p). São Paulo: Contexto.
- Gomes, B. R. (2017). Pequena trajetória das práticas de redução de danos e suas possibilidades no Brasil. In R. Figueiredo, M. Feffermann, & R. Adorno (Orgs.), *Drogas & sociedade contemporânea: Perspectivas para além do proibicionismo* (pp. 263-278). Instituto de Saúde. https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf
- Gomes, F. A., Ribeiro da Silva, I., & Alfredo, R. A. (2018). Análise sócio-histórica de significações produzidas por docentes acerca das diferenças culturais. *Revista de Psicologia*, 27(1).
<https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/50749/53571>
- Gomes, R. (2010). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. de S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (pp. 79-108). São Paulo: Editora Hucitec. https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf
- Gonçalves da Silva, R. (2011). *Do welfare ao workfare ou da política social keynesiana-fordista à política social schumpeteriana-pós-fordista* (Tese de doutorado, Universidade de Brasília). Repositório Institucional da Universidade de Brasília.
http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/8419/1/2011_RicardoGoncalvesdaSilva.pdf
- Guimarães, J. M. X., & Monteiro, A. R. M.. (2020). Reasons of drug use among adolescents: implications for clinical nursing care. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 54, <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018058003566>
- Harvey, D. (2008). *O direito à cidade* (J. Pinheiro, Trad.). Lutas Sociais. na *New Left Review*, n. 53.
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/272071>
- Heywood, C. (2004). *Uma história da infância*. Porto Alegre: Artmed.
- Hobsbawm, E. J. (1977). *A era das revoluções: Europa (1789 - 1848)* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Infomoney. (2024, 31 de outubro). Ambev (ABEV3) lucra R\$ 3,56 bilhões no 3º trimestre, queda de 11,2% ante um ano. *Infomoney*.
<https://www.infomoney.com.br/mercados/ambev-abev3-resultados-terceiro-trimestre-2024/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2021, 10 de setembro). Seis em cada dez estudantes haviam experimentado bebida alcoólica na pré-pandemia. *Agência IBGE de Notícias*.
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31580-seis-em-cada-dez-estudantes-haviam-experimentado-bebida-alcoolica-na-pre-pandemia>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2022). *Pesquisa nacional de saúde escolar 2009-2019 (PENSE)*.

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. (2024). Atlas da violência 2024. Brasília: Ipea. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>

Jabur, G. (2023). MJSP e Ipea lançam pesquisa sobre o perfil de pessoas processadas em ações criminais por tráfico de drogas. IPEA. <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13984-mjsp-e-ipea-lancam-pesquisa-sobre-o-perfil-de-pessoas-processadas-em-acoes-criminais-por-trafico-de-drogas>

Jappe, A. (2018). O fetichismo da mercadoria. *IHU Online*, 525. <https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/7353-o-fetichismo-da-mercadoria>

Joia, J. H., Oliveira, A., & Vicentin, M. C. G. (2016). O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In E. Lauridsen-Ribeiro & C. B. Lykouropoulos (Orgs.), *O CAPSi e o desafio da gestão em rede* (pp. 265-277). São Paulo, SP: Hucitec. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/69735/43289/260046>

Kahale, E. M. S. P., & Rosa, E. Z. (2009). A construção de um saber crítico em Psicologia. In A. Bock & M. Gonçalves (Orgs.), *Dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica* (pp. 19-53). São Paulo: Cortez.

Laboissière, P. (2023, julho 3). Governo anuncia R\$ 200 milhões para saúde mental em 2023. *Agência Brasil*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/governo-anuncia-r-200-milhoes-para-saude-mental-em-2023>

Leal, Z. R. G., & Facci, M. G. D. (2014). Adolescência: Superando uma visão biologizante a partir da psicologia histórico-cultural. In *Adolescência em foco: contribuições para a Psicologia e para a Educação*. Maringá: Eduem.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

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

Lei nº 13.840, de 5 de maio de 2019. *Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm

- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial da União.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Leite, C. C. (2006). Da doutrina da situação irregular à doutrina da proteção integral: aspectos históricos e mudanças paradigmáticas. *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, 23, 93-107.
https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2764825/Carla_Carvalho_Leite.pdf
- Leontiev, A. N. (1978). *Activity, consciousness, and personality*. Leontiev Internet Archive. (2000). Tradução para o português: Maria Sílvia Cintra Martins, *Grupo de Estudos Marxistas em Educação*.
https://www.marxists.org/portugues/leontiev/1978/activ_person/index.htm
- Lewkowics, I., Gutiérrez, H., & Florentino, M. (2008). *Trabalho compulsório e trabalho livre na história do Brasil*. São Paulo: Editora UNESP.
- Lima, D. W. da C., Oliveira, D. I. de C., Queiroz, P. C., Queiroz, T. A., & Sousa, A. L. de O. (2020). Rádio web na escola: Um instrumento para prevenção contra o uso de drogas. *Revista de APS*, 22(1).
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16718>
- Lima, O. & Lima, A. F. (2019). Saúde Mental e Redução de danos na atenção Primária: Concepções e ações. *Psicologia e Educação*, 24.
<https://www.scielo.br/j/pe/a/4RMNrWKNpxxyzJ5FLZZgFJD/>
- Lopes, F. J. O. (2019). Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. *Psicologia & Sociedade*, 31.
<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31188088>
- Lopes, L. (2022). Bolsonaro volta a defender redução da maioria penal caso reeleito. *CNN Brasil*.
<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-volta-a-defender-reducao-da-maioridade-penal-caso-reeleito>
- Machado, L. A. (2010). Construindo a intersetorialidade. *Em Anais da IV Conferência Estadual de Saúde Mental*, 4. SES/SC.
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersectorialidade/file>
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: A estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 580-595.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/xvTC3vVCqjDNYw7XsPhFkFR/>

- Magalhães, A. C. L., & Nery, I. S. (2018). O avanço neoliberal enquanto obstáculo para a consolidação da proteção de crianças e adolescentes. *Nome do Periódico*, 20(3), 45-60. <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v20n32018p346-351>
- Mainline Drugs & Health. (n.d.). *Harm reduction is*. <https://mainline.nl/en/>
- Manacorda, M. A. (1992). *História da educação: Da Antiguidade aos nossos dias*. São Paulo: Cortez.
- Marangoni, G. (2011). História - O destino dos negros após a abolição. *Ano 8, Edição 70*. São Paulo: IPEA. https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28&Itemid=23
- Marinho, F. C., & Galinkin, A. L. (2017). A história das práticas frente ao desvio social de jovens no Brasil: Reflexões sobre o ideal de ressocialização. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), e1034. http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/download/2443/1687/8087
- Maronna, C., & Teixeira, P. (2021). Por uma política de drogas que acolha. *Conjur*. <https://www.conjur.com.br/2021-ago-30/opiniao-politica-drogas-acolha/>
- Martín-Baró, I. (1976). *Psicología social*. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". <https://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/articulo/psicologia-social/>
- Martins, L. M. (2006). As aparências enganam: Divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In *Anais da 29ª Reunião Anual da ANPED*. <https://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT17-2042--Res.pdf>
- Martins, L. M. (2020). Desamparo e sociedade capitalista: O que a psicologia tem a dizer? In A. de F. Franco Tuleski & T. M. Calve (Orgs.), *Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: Expressões da luta de classes no interior do capitalismo* (pp. 155-170). EduFatecie. <https://editora.unifatecie.edu.br/index.php/edufatecie/catalog/book/43>
- Marx, K. (2000, julho 25). *Teses sobre Feuerbach* (Á. Pina, Trad.). Direitos de tradução em língua portuguesa reservados por Editorial "Avante!" - Edições Progresso Lisboa - Moscovo, 1982. The Marxists Internet Archive. (Obra original publicada em 1845). <https://www.marxists.org/portugues/marx/1845/tesfeuer.htm>
- Marx, K. (2004). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo Editorial. (Obra original publicada em 1844). https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2545965/mod_resource/content/1/MARX%2C%20Karl.%20Manuscritos%20Econ%3%20mico-Filos%3%20ficos.pdf Velloso
- Marx, K. (2008a). *Contribuição à crítica da economia política* (2ª ed., Trad. e introd. F. Fernandes). São Paulo: Expressão Popular. (Obra original publicada em 1818-1883).

- Marx, K. (2008b). *O capital: Crítica da economia política* (R. Sant'Anna, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
(Obra original publicada em 1867).
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4872466/mod_resource/content/0/AULA%206%20-%20COMP%20-%20MARX-Karl-Contribui%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-cr%C3%ADtica-da-economia-pol%C3%ADtica_p.pdf (Obra original publicada em 1867).
- Marx, K. (2010). *Sobre a questão judaica* (N. Schneider, D. Bensaid, & W. C. Brant, Trans.). Boitempo. (Obra original publicada em 1844).
- Marx, K. (2011). *Grundrisse* (M. Duayer & N. Schneider, Trans.). São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ. (Obra original publicada em 1857-1858).
- Marx, K., & Engels, F. (1997). *Manifesto do Partido Comunista* (J. B. Moura, Trad.; Edição de 1997). Editorial Avante! (Obra original publicada em 1948).
<https://www.marxists.org/portugues/marx/1848/ManifestoDoPartidoComunista/manifesto.pdf>
- Marx, K., & Engels, F. (1998). *A ideologia alemã* (2. ed., L. C. de Castro e Costa, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1845-1846).
- Mathias, M. S., & Coutinho, L. C. S. (2019). A arte sob a perspectiva do marxismo: Uma atividade humana potencialmente humanizadora. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 11(3), 223-234.
<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/33760>
- Matos, A. C. V. (2023). *A dialética da redução de danos como projeto ético-político para outro projeto societário* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, PPGPSI - Doutorado em Psicologia.
<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/57342>
- Mattoso, K. de Q. (1988). O filho da escrava (em torno da Lei do Ventre Livre). *Revista Brasileira de História*, 8(16), 37-55.
https://www.anpuh.org/revistabrasileira/view?ID_REVISTA_BRASILEIRA=25
- McRae, E., & Gorgulho, M. (2003). Redução de danos e tratamento de substituição: Posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 371-374.
https://www.neip.info/downloads/t_edw8.pdf
- Melo, C. G. (2024). Crianças e adolescentes sujeitos de direito à luz da crítica marxista do direito. *Revista Katálysis*, 27, e-95893.
<https://www.scielo.br/j/rk/a/whwwdQ87SqbxSXvpnZpXdJF/>
- Melo, S. T. O., & Matoso, S. É. R. (Trad.). (2013). *Currículo para crianças do 5º ano do ensino fundamental: Caindo na real/D.A.R.E. (D.A.R.E.'s keepin' it REAL elementary curriculum)*. Belo Horizonte: PMMG.
<https://www.governocidadao.rn.gov.br/smiv3/site/conteudos/midias/0825f4b81b8537d14d1058026a3029ed.pdf>

- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde*, 21(1), 77-92.
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>
- Mesquita, F. (2020). Redução de danos. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 21(2), 10-17.
<https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/34613>
- Miguel, P. T.; Medeiros, J. P. (2022). A volta dos manicômios: Reflexões acerca da nota técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 14(39), 41-61.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80699>
- Minayo, M. C. de S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (13ª ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.
<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Ministério da Educação [MEC]. (s/d). *Programa mostra a estudantes como ficar longe das drogas*. Brasília: Ministério da Educação.
<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34829>
- Ministério da Justiça. (2016). A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas [recurso eletrônico] / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – Dados eletrônicos. - Florianópolis: NUTE/UFSC.
https://sgmd.nute.ufsc.br/content/portal-aberta-sgmd/e02_m04/pagina-00.html
- Ministério da Justiça e Segurança Pública [MJSP]. (2024). *MJSP e IPEA lançam banco de dados sobre o perfil de processados pela Lei de Drogas no país*.
<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-e-ipea-lancam-banco-de-dados-sobre-o-perfil-de-processados-pela-lei-de-drogas-no-pais>
- Ministério da Saúde [MS]. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília, DF.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2. ed. rev.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada* (Série B. Textos Básicos de Saúde). Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

- Ministério da Saúde [MS]. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. (2019). *Nota técnica nº 11/2019: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Ministério da Saúde [MS]. (2023, maio). Ministério da Saúde retoma fortalecimento de políticas de saúde mental com atendimento humanizado e preservação dos direitos humanos. *Governo Federal*.
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/ministerio-da-saude-retoma-fortalecimento-de-políticas-de-saude-mental-com-atendimento-humanizado-e-preservacao-dos-direitos-humanos>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. (2014). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS] (2016). *Caderno de orientações técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: DF.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/Suas_trabalhoSocial_vulnerabilidade_consumodedrogas.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. (2023). MDS lança edital de credenciamento para entidades que prestam acolhimento a pessoas com dependência química. *Governo Federal*.
<https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-edital-de-credenciamento-para-entidades-de-acolhimento-a-pessoas-com-dependencia-quimica>
- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania [MDHC] (2023). Após 6 anos sem levantamento, dados sobre a Política Nacional de Atendimento Socioeducativo são divulgados pelo MDHC. *Governo Federal*.
<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/apos-6-anos-sem-levantamento-dados-sobre-a-politica-nacional-de-atendimento-socioeducativo-sao-divulgados-pelo-mdhc>
- Miranda, T. (2024). Rodrigo Pacheco defende fortalecimento de autonomia parlamentar. *Agência Câmara de Notícias*.
<https://www.camara.leg.br/noticias/1034944-rodrigo-pacheco-defende-fortalecimento-de-autonomia-parlamentar/>
- Molina, H. (2012). *Sindicato: movimento com sinais trocados. Entre a subversão e a adaptação ao novo sócio-metabolismo do modo de produção capitalista*. Tese de Doutorado em

- Educação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
<https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/14747>
- Monteiro, C. D., Batista, G. C., Nascimento, N., & Andreuccetti, G. (2023). *Dinâmicas do mercado de drogas ilícitas no Brasil – estudo estratégico: Análise comparativa entre os preços da maconha, cocaína e outras drogas em quatro estados*. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC).
<https://cdesc.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Sumario-Executivo-DINAMICAS-DROGAS-ILICITAS-CdE-DIGITAL.pdf>
- Moreira, F. G., Silveira, D. X. da, & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 807-816.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/6cfChpcgC76NVpKh8gfj6YG>
- Mott, M. L. B. (1989). Ser mãe: A escrava em face do aborto e do infanticídio. *Revista de História*, 120, 85-96.
<https://revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18594>
- Motta-Costa, A. P., Rudinicki, D., & Goldani, J. M. (2018). Drug trafficking and youth mortality in Brazil: An expression of human rights' violations. *Opinião jurídica*, 17(34), 235-251.
<https://doi.org/10.22395/ojum.v17n34a11>
- Moura, C. (1981). *Rebeliões da senzala: Quilombos, insurreições, guerrilhas*. São Paulo: Editora Ciências Humanas.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod_resource/content/2/14%20-%20Rebeli%C3%B5es-da-Senzala-Clovis-Moura_Completo.pdf
- Nagel, L. H. (2015). Do método ou de como pensar o pensamento. In S. C. Tuleski, M. Chaves, & H. A. Leite (Orgs.), *Materialismo histórico dialético como fundamento da psicologia histórico-cultural: Método e metodologia de pesquisa* (pp. 19-28). Maringá: Eduem.
- Nespolo, G; Ferraresi, C. S (2020). A (in) constitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343/2006: a inexatidão da redação e interpretação adequada à luz da Constituição Federal. *Revista JurisFIB*, 6(6).
<https://revistas.fibbauru.br/jurisfib/article/view/490>
- Netto, J. P. & Braz, M. (2006). *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez.
- Netto, J. P. (2001). Cinco notas a propósito da “Questão Social”. *Temporalis*, 2(3), 41-49.
http://abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx* (1ª Ed.). São Paulo: Expressão Popular.
- Núcleo de Estudos em Arte, Mídia e Política [NEAMP]. (n.d.). Um projeto do Núcleo de Estudos em Arte, Mídia e Política da PUC-SP. *NEAMP/PUCSP*.
<https://neamp.pucsp.br/liderancas/andre-luiz-de-almeida-mendonca>

- Nunes, E. L. G., & Andrade, A. G. de. (2009). Adolescentes em situação de rua: Prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 45-54.
<https://www.ciespi.org.br/site/collections/document/1700>
- O Globo. (2023, 11 de agosto). *Projeto aprovado na terça-feira na Câmara flexibiliza contratação de profissionais de 18 a 29 anos*.
<https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/11/22/desemprego-entre-jovens-de-18-a-24-anos-e-mais-de-duas-vezes-superior-a-media-nacional.ghtml>
- Observatório Capixaba de Informações sobre Drogas [OCID]. (2023, 10 de agosto). Levantamento mostra dados sobre o consumo de álcool no Brasil. *Observatório Capixaba de Informações sobre Drogas*.
<https://ocid.es.gov.br/Not%C3%ADcia/levantamento-mostra-dados-sobre-o-consumo-de-alcool-no-brasil>
- Odilla, F., & Alegretti, L. (2019). PIB 2019: Por que o tráfico de drogas entra no cálculo do indicador europeu e como essa conta poderia inflar o indicador brasileiro. In *BBC News Brasil em Londres*.
<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-48340243>
- Oliveira, A. J. (2017). Disparidade das concepções de tratamento da dependência de substâncias psicoativas: reflexos e implicações entre profissionais, modelos e instituições presentes nos serviços de atendimento. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drogas*, 13(2), 93-100.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-962347>
- Oliveira, B. (2005). A dialética do singular-particular-universal. In A. A. Abrantes, N. R. Silva, & S. T. F. Martins (Orgs.), *Método histórico-social na psicologia* (pp. 25-51). Petrópolis, RJ: Vozes.
<https://evoluireducacional.com.br/wp-content/uploads/2012/08/OLIVEIRA-B.-A-Dialetica-do-Singular-Particular-Universal.pdf>
- Oliveira, C. G. de. (2023). *O problema das drogas é um problema do capital: análise dos movimentos antiproibicionistas, uma contribuição para o Serviço Social* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/40037>
- Oliveira, J., Cavalcanti, F., & Ericson, S. (2024). Medicalização da subjetividade e fetichismo psicofármaco: uma análise dos fundamentos. *Saúde e Sociedade*, 33(1).
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/F7ssT6MZmbLJL7NLZKb7xHB/>
- Ozella, S., & Aguiar, W. M. J. de. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 97-125.
<https://www.scielo.br/j/cp/a/vNqg6DJKX7zBLbvf57dwpJR/?format=pdf&lang=pt>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). *O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios*. Universidade de São Paulo.
https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf
- Paiva, L. G. M. (2018). Panorama internacional das políticas sobre drogas. *Boletim de Análise Político-Institucional (BAPI)*, 18.

<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8885>

- Pandolfi, D. C. (2004). O golpe do Estado Novo (1937). In Getúlio Vargas e seu tempo. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social: Mauad, pp. 183-189. https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/11738?&locale=pt_BR
- Parra, J. C. (2016). A criança escrava no Brasil escravista (1500-1888). In *Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor de PDE: Produções Didático-pedagógicas*. http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_artigo_hist_unespar-paranavai_josecarlosparra.pdf
- Pasqualini, J. C. (2016). A teoria histórico-cultural da periodização do desenvolvimento psíquico como expressão do método materialista dialético. In L. M. Martins, A. A. Abrantes, & M. G. D. Facci (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: Do nascimento à velhice* (pp. 63-90). Campinas, SP: Autores Associados.
- Pasqualini, J. C., & Martins, L. M. (2015). Dialética singular-particular-universal: Implicações do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 355-363. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/WFbvK78sX75wDNqbcZHqcPj/abstract/?lang=pt>
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 53-61. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/zMk4Dq4gQ4XhH4dQgzScQRm/>
- Patto, M. H. S. (1996). Teoremas e cataplasmas no Brasil monárquico o caso da medicina social. *Novos Estudos CEBRAP* N.º 44, pp. 179-198. <https://novoestudos.com.br/produto/edicao-44/#gsc.tab=0>
- Pereira, F. (2019). *Karl Marx e o direito: Elementos para uma crítica marxista do direito*. LEMARX. <https://lemarx.faced.ufba.br/arquivo/karl-marx-e-o-direito.pdf>
- Peres, R., Grigolo, T. M., & Schneider, D. R. (2017). Desafios da intersetorialidade na implementação de programa de prevenção ao uso abusivo de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 869-882. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/km3Fk7kqj6pdVrbZSLXvNjC/abstract/?lang=pt>
- Petuco, D. (2020). As três ondas da redução de danos no Brasil. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 21(2), 94-103. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361560>
- Pilar, A. F. (2023, 22 de novembro). Desemprego entre jovens de 18 a 24 anos é mais de duas vezes superior à média nacional. *O Globo*. <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/11/22/desemprego-entre-jovens-de-18-a-24-anos-e-mais-de-duas-vezes-superior-a-media-nacional.ghtml>
- Pillon, S. C., & Villar Luis, M. A. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yhmJ5szZVm5B4QSRmD54PwQ/>

- Pinheiro, P. T., & Fabriz, D. C. (2017). Movimentos sociais no contexto operário e o impacto na redemocratização. *Revista Direitos Humanos E Democracia*, 5(10), 306–331. <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2017.10.306-331>
- Pinheiro-Machado, R., & Scalco, L. M. (2014). Rolezinhos: Marcas, consumo e segregação no Brasil. *Revista Brasileira de Política e Sociedade*, (1). <https://www.revistas.usp.br/revistaec/article/view/98372/97108>
- Pollo-Araujo, M. A., & Moreira, F. G. (2008). Aspectos históricos da redução de danos. In M. Niel & D. X. Silveira (Orgs.), *Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 11-19). São Paulo: PROAD/UNIFESP, Ministério da Saúde. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf
- Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. 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, DF. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria
- Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html#:~:text=Destina%20incentivo%20financeiro%20para%20o,CAPSad%20%2D%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Prado, A. L. S., & Otsuka, E. (2019). Práticas em redução de danos. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Cadernos temáticos CRP SP: Caderno temático nº 30 – Álcool e outras drogas: Subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos* (1ª ed., pp. 9-17). https://www.crp.org.br/uploads/impreso/2725/bmdIHzMZ_fDEtrdfEQOgcnE5Zk3CWdHt.pdf
- Prado, M. (2020). “As bocas de fumo devem ser tombadas”: O que significa reparação histórica para quem trabalha no narcotráfico? *Revista Plato Drogas & Políticas*, 4(4), 39-62. https://www.cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Plato_V4N4.pdf
- Prado, Y., Severo, F., & Guerrero, A. (2020). Reforma psiquiátrica brasileira e sua discussão parlamentar: Disputas políticas e contrarreforma. *Saúde Debate*, 44(Especial 3), 250-263. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVLt3my3zBLLNFXQ/?format=pdf&lang=pt>

- Projeto Quixote. (2008). *Mundo do trabalho e juventude em situação de risco: Ensino e pesquisa* (G. Bedoian & R. C. Madalena, Orgs.).
http://www.sociedadesemear.org.br/arquivos/20111024170104_mundodotrabalhoejuventudee msitua%C3%A7%C3%A3oderisco.pdf
- Projeto Quixote. (n.d.). *Projeto Quixote: Uma outra história. Quem somos.*
<https://www.projetoquixote.org.br/sobre>
- Ramos, F. P. (2010). A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In M. Del Priore (Org.), *História das crianças no Brasil* (n.p). São Paulo: Contexto.
- Ramos, R. (2012). O ideário higienista na questão do álcool e outras drogas. In Borini (Org.), *Higiene Mental: Ideias que atravessaram o século XX* (pp. 253-292). Maringá: EDUEM.
- Raupp, L., & Milnitsky-Sapiro, C. (2009). Adolescência, drogadição e políticas públicas: Recortes no contemporâneo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 503-514.
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Xfmbtbygnt3vRWq6ZGbZRCcH/abstract/?lang=pt#>
- Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA). (n.d.). *Quem somos.*
<https://renfa.org/>
- Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/RedePq-SMCA. (2023). *Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: Documento técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.*
<https://www.ciespi.org.br/media/files/fcea049a8ec4d511ecbe6e5141d3afd01c/f50ba9fa0eacb11ed976d71393b4c16ff/documento-para-depto-sm-e-ad-do-ms-abril-2023.pdf>
- Reis, C. A., & Ferrazza, D. de A. (2021). Redução de danos em um CAPSad: Discursos e práticas profissionais. *Revista Psicologia e Saúde*, 3-18.
<https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1240>
- Ribas, S. M., & Silva, A. B. (2023). Revisão integrativa: Estudos sobre redução de danos voltada para população de mulheres trans e travestis. *Saúde debate*, 47(spe1), 28-39
<https://scielosp.org/article/sdeb/2023.v47nspe1/e8976/>
- Ribeiro, J., Souza, F. N. de, & Lobão, C. (2018). Saturação da análise na investigação qualitativa: Quando parar de recolher dados? *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(10), iii-vii.
<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/download/213/111>
- Ribeiro, S. L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 92-99.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfS wFw9XSCr/>
- Ribeiro, S., Malcher-Lopes, R., & Menezes, J. R. L. (n.d.). Drogas e neurociências. *Boletim - Edição Especial Drogas*. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM).
https://arquivo.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4745-Drogas-e-Neurociencias

- Richter, A. (2024, junho 25). STF descriminaliza porte de maconha para uso pessoal. *Agência Brasil*.
<https://www.agenciabrasil.gov.br>
- Rios, A. M., & Mattos, H. M. (2004). O pós-abolição como problema histórico: Balanços e perspectivas. *Topoi (Rio de Janeiro)*, 5(8), 170-198.
<https://www.scielo.br/j/topoi/a/FRCsRSBMxZHwc7mD63wSQcM/>
- Rizzini, I. (1993). *Assistência à Infância no Brasil: uma análise de sua construção*. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula.
- Rodrigues, R. C., & Silva, C. M. da. (2021). Atenção à saúde no território como prática democrática: Ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira. *Interface (Botucatu)*, 25, 1-16.
<https://www.scielo.br/j/icse/a/Wn6RxBQDf8My6S4kNdMD5cB/?lang=pt>
- Rosa, E. Z. (2021). Trajetórias da reforma psiquiátrica brasileira: Entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 1-22.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80855>
- Rosa, L. C. dos S., & Guimarães, T. de A. A. (2020). O racismo na/da política proibicionista brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. *Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, 18(45).
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47204>
- Rossini, G. A. A. (2019). A importância da criança escravizada e seu comércio no Oeste Paulista, 1861-1869. *Estudos Econômicos*, 49(4), 777-806.
<https://www.scielo.br/j/ee/a/v8HqjNZJ7ZsrKnYbFvty3Tt/>
- Rotelli, F., De Leonardis, O., Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Saad, L. (2019). A maconha nos cultos afro-brasileiros. In *Fumo de negro: a criminalização da maconha no pós-abolição* (pp. 111-144). EDUFBA. Drogas: clínica e cultura.
<https://books.scielo.org/id/xtmmc>
- Saldanha, R. (2024, Novembro 18). Polícia de SP já matou mais de 30 adolescentes em 2024, aponta pesquisa. *CNN Brasil*.
<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/policia-de-sp-ja-matou-mais-de-30-adolescentes-em-2024-aponta-pesquisa/#:~:text=As%20pol%C3%ADcias%20de%20S%C3%A3o%20Paulo,os%20locais%20onde%20foram%20mortos.>
- Santana, F. de S. (2022). Estado democrático de direito. In *Pesquisas e inovações em ciências humanas e sociais: Produções científicas multidisciplinares no século XXI* (Vol. 3, pp. 989–1000). Instituto Scientia.
<https://institutoscientia.com/wp-content/uploads/2022/11/capitulo-livro-humanas-vol3-65.pdf>

- Santarosa, C. C., Cid, M. F. B., Taño, B. L., & Lussi, I. A. de O. (2021). A rede de cuidados a crianças e adolescentes que fazem uso problemático de álcool e outras drogas na Cracolândia – SP (n.p). In A. D. S. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid, & T. S. Matsukura (Eds.), *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Manole.
- Santos, J. de S. (2009). O papel dos movimentos sócio-culturais nos “Anos de Chumbo”. *Baleia na Rede: Revista online do Grupo Pesquisa em Cinema e Literatura*, 1(6), 488-505.
https://www.marília.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/BaleianaRede/Edicao06/6c_o_papel_dos_movimentos_culturais.pdf
- Santos, L. S., & Araújo, R. B. (2011). *História econômica geral e do Brasil*. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, CESAD.
https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/10262118102016Historia_economica_geral_e_do_brasil_Aula_01.pdf
- Santos, M. P. G. (2018). Comunidades Terapêuticas e a Disputa sobre Modelos de Atenção a Usuários de Drogas no Brasil. In Santos, M. P. G. (Org.). *Comunidades terapêuticas temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA.
<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9444?mode=simple>
- Santos, V. E. dos, Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: Análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 603-620.
<https://www.scielo.br/j/physis/a/FvQTcRD6BZBj7yr86kHtkKP/abstract/?lang=pt>
- Scarano, J. (2010). Criança esquecida das Minas Gerais (n.p). In M. Del Priore (Org.), *História das crianças no Brasil* (n.p). São Paulo: Contexto.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S.. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Schneider, D. R., & de Lima, D. S. (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, 42(2).
<https://revistaseletronicas.pucls.br/revistapsico/article/view/7153>
- Scudder, O. X. P. (2017). O abolicionismo como resistência ao extermínio da população negra. *Albuquerque: revista de história*, 9(17).
<https://periodicos.ufms.br/index.php/AlbRHIS/article/view/5197>
- Seabra, E. P. (2011). O Movimento Operário na Primeira República. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*, São Paulo.
https://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300152285_ARQUIVO_trabalhosemres_umoanpuh.pdf
- Secretaria do Desenvolvimento Social e Família [SEDEF]. (2024, 25 de outubro). Governador anuncia R\$ 10 milhões por ano para apoio a comunidades terapêuticas. *SEDEF - Governo do Estado do Paraná*.
<https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Governador-anuncia-R-10-milhoes-por-ano-para-apoio-comunidades-terapeuticas>

- Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo [SINPSI]. (2022, 14 de setembro). Justiça suspende resolução do Conad sobre reclusão de adolescentes. *SinPsi*.
<https://sinpsi.org/justica-suspende-resolucao-do-conad-sobre-reclusao-de-adolescentes/>
- Silva, A. G., Rodrigues, T. C. do L., & Gomes, K. V. (2015). Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: A redução de danos como estratégia de prevenção. *Revista Psicologia Política*, 15(33), 335-354.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2015000200007
- Silva, Ê. M. da. (2005). O Estado democrático de direito. *Revista de Informação Legislativa*, 42(167), 213-229.
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/794>
- Silva, G. L. da. (n.d.). Crack: Redução de que danos para crianças e adolescentes? *Tribunal de Justiça de Pernambuco*.
<tps://portal.tjpe.jus.br/documents/72348/0/-/5bdec6b3-820d-4c16-a81b-c46d6e5a20da>
- Silva, J. C. P. e, & Rosa, L. C. dos S. (2022). Redução de danos e sua potencialidade como ferramenta antirracista na atenção psicossocial. *Revista de Políticas Públicas*, 25(2), 720-737.
<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/18473>.
- Silva, L. B., & Bicudo, V. (2022). Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: Discutindo conceitos e perspectivas. In T. V. C. dos Santos, L. B. Silva, & T. O. Machado (Orgs.), *Trabalho e saúde: Diálogos críticos sobre crises* (pp. 115-131). Mórula.
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51905>
- Silva, S. M. da, Spiassi, A. L., Alves, D. de C., Guedes, D. de J., & Leigo, R. de O. (2009). Redução de danos: Estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP. *Saúde e Sociedade*, 18(supl 2), 100-103.
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3yGTFvbmhX5mfYshVS5jmRg/>
- Silveira, D. X. (2008). Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In M. Niel & D. X. Silveira (Orgs.), *Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de saúde* (n.p). São Paulo: PROAD/UNIFESP, Ministério da Saúde.
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf
- Slemon, A., Jenkins, E. K., Haines-Saah, R. J., & et al. (2019). “You can’t chain a dog to a porch”: A multisite qualitative analysis of youth narratives of parental approaches to substance use. *Harm Reduction Journal*, 16, 26.
<https://doi.org/10.1186/s12954-019-0297-3>
- Soares, F. R. R., Oliveira, D. I. de C., Torres, J. D. M., Pessoa, V. L. M. de P., Guimarães, J. M. X., & Monteiro, A. R. M. (2020). Razões do uso de drogas entre adolescentes: Implicações para o cuidado clínico de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/QpQqBR47WPL7nWpLzLjvjGx/abstract/?format=html&lang=pt>

- Soares, Z. M., & Santos, N. R. dos (2021). Educação sobre drogas como projeto de intervenção no estágio. *Atos de Pesquisa em Educação*, 16, 88-96.
<https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8896>
- Souza, J. E. L. de. (2012). *Sonhos da diamba, controles do cotidiano: Uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas). Repositório da Universidade Federal da Bahia.
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/13321/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20JORGE%20EMANUEL%20LUZ%20DE%20SOUZA.pdf>
- Souza, K. M. de, & Monteiro, S. (2011). A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: Um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface*, 15(38), 833-844.
<https://search.bvsalud.org/gim/resource/ru/lil-602003>
- Souza, R. F. (2018). *Redução de danos (RD): suas implicações e contradições no Centro de Atenção Psicossocial "Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Santos"*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Santos, São Paulo, Brasil.
<https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/c5691b6b-8b85-4619-9a20-d8bb49a76d0b/content>
- Souza, T. P. de. (n.d) Das Práticas em Redução de Danos à Redução de Danos nas Práticas. In: *REDUÇÃO DE DANOS Conceitos e Práticas: Material Comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil*. Tribunal de Justiça do Mato Grosso.
http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf
- Souza, T. S. de, & Silva, A. L. G. da. (2018). Guerra às drogas: A lógica econômica da proibição. *Drogas e Autonomia*, 1(1), 45-60.
<https://periodicos.pucminas.br/index.php/emsociedade/article/view/18607>
- Supremo Tribunal Federal [STF]. (2024a, março 06). *Novo pedido de vista suspende julgamento sobre porte de maconha para uso pessoal*.
<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=528817&ori=1#:~:text=N%20sess%C3%A3o%20desta%20quarta%2Dfeira,diferenciar%C3%A1%20o%20usu%C3%A1rio%20do%20traficante>
- Supremo Tribunal Federal [STF]. (2024b, junho 26). STF define 40 gramas de maconha como critério para diferenciar usuário de traficante. *Notícias STF*.
<https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-define-40-gramas-de-maconha-como-criterio-para-diferenciar-usuario-de-trafficante/>
- Surjus, L. T. L. S. (2019). Sobre meninos feridos, comportamentos agressivos e uso de drogas. In L. T. de Lima, S. Surjus, & M. A. A. Moysés (Orgs.), *Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência* (pp. 140-154). Unifesp/Abrasme.
<https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/167392/livro-disponvel-para-download-sade-mental-infantojuvenil>

- Surjus, L. T. L. S., Formigoni, M. L. O. S., & Gouveia, F. (2021). *Redução de danos: Conceitos e práticas* (Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil). UNIFESP. <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>
- Surjus, L. T. L., et al. (2021). Adolescência e Drogas uma visada a partir da redução de danos. In A. D. S. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid & T. S. Matsukura. *Saúde mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial* (n.p). São Paulo: Manole.
- Taño, B. L., Matsukura, T. S., & Minatel, M. M. (2021). Atenção psicossocial e intersetorialidade: Entre o lugar do saber e o saber do lugar. In A. D. S. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid, & T. S. Matsukura (Eds.), *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial* (n.p) Manole.
- Tatmatsu, D. I. B., Siqueira, C. E., & Prette, Z. A. P. D. (2020). Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1). <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7210>
- Toassa, G. (2004). Conceito de liberdade em Vigotski. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 391-403. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/WKkJZMs5jDvJfGKvPDVsWGJ/abstract/?lang=pt#>
- Toledo, E. (2017). Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917. *Estudos Históricos (Rio De Janeiro)*, 30(61), 497–518. <https://doi.org/10.1590/S2178-14942017000200011>
- Torcato, E. M. (2016). *A história das drogas e sua proibição no Brasil: Da colônia à república* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-05102016-165617/pt-br.php>
- Torres, O. M., Pekelman, R., Bomm, A., Costa, G. C. L., Souza, A. S. de, Rosa, K. da R., Vieira de Vieira, L. C. N., & Escobar, J. de B. (2016). Caminhos do cuidado: Formação em saúde mental na atenção básica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 8(19), 77–96. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69051>
- Tristão, E. (2011). A opção neoliberal do primeiro mandato do governo Lula. *SER Social*, 13(28), 104–128. https://doi.org/10.26512/ser_social.v13i28.12684.
- Tristão, K. G., & Avellar, L. Z. (2019). A estratégia de redução de danos no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 11(30), 55-77. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v11i30.69726>
- Tuleski, S. C. (2008). *Vygotski: A construção de uma psicologia marxista* (2ª ed.). Maringá: Eduem.
- Tuleski, S. C., & Eidt, N. M. (2016). A periodização do desenvolvimento psíquico: Atividade dominante e a formação das funções psíquicas superiores. In L. M. Martins, A. A. Abrantes,

& M. G. D. Facci (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: Do nascimento à velhice* (pp. 35-61) Campinas: Autores Associados.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. (Org.). (2015). *Redes de atenção à saúde: rede de atenção psicossocial - RAPS* (Jordana Santos Cardoso, Org.). São Luís.
https://repositorios.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo5/und1/media/pdf/livro.pdf

Vasconcelos, D. B. (2022). *Geografia e Geopolítica das drogas: A política imperialista dos Estados Unidos de combate às drogas na América Latina*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-05102022-170737/publico/2022_DanielBrunoVasconcelos_VCorr.pdf

Vasconcelos, M. P. N., Paiva, F. S. de, & Dalla Vecchia, M. (2018). O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Revista Institucional de Psicologia*, 11(2), 363-381.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000200012

Vaz, C. (2022). Violência policial e saúde mental: 1/3 da população favelada sente ansiedade. *Jornal O Cidadão do Bairro da Maré*.
<https://jornalocidadao.net/violencia-policial-e-saude-mental-1-3-da-populacao-favelada-sente-ansiedade/>

Vianna, P. C., & Neves, C. E. A. B. (2011). Dispositivos de repressão e varejo do tráfico de drogas: Reflexões acerca do racismo de Estado. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 31-38.
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/qVxX4MFwv6DyXqKfwFBbJCP/?lang=pt>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203–220.
https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_aberto

Vygotsky, L. (1930). A transformação socialista do homem [Socialisticheskaja peredelka cheloveka]. *Marxists Internet Archive*.
<https://www.marxists.org/portugues/vygotsky/1930/mes/transformacao.htm>

Worcman, N., & Morganti, R. (2019). O proibicionismo introjetado: A reprodução da violência e exclusão entre os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. In R. R. C. Pires (Org.), *Implementando desigualdades: Reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas* (pp. 175-198). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).
https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190527_livro_imple_mentando_desigualdades_reproducao_de_desigualdades_Cap30.pdf

Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": Perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 23-34.
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/46LtrL9mrmqbpGFFgHKBHLv/#>

Zaniani, E. J. M. (2008). *Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá). Universidade Estadual de Maringá.

<https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-paginas-de-teses-e-dissertacoes/sob-os-auspicios-da-protecao-moncorvo-filho-e-a-higienizacao-da-infancia>

Zaniani, E. J. M. (2012). Criminalidade infantil: A “endemia traiçoeira” do Brasil Republicano. In Boarini (Org.), *Higiene Mental: Ideias que atravessaram o século XX* (pp. 49-77). Maringá: EDUEM.

Zaniani, E. J. M., & Luzio, C. A. (2014). A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicologia em Revista*, 20(1), 56-77.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682014000100005

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1 – Há quanto tempo você atua com redução de danos e em qual segmento (políticas, estratégias, práticas)?
- 2 – Como você compreende o conceito de Redução de danos?
- 3 – Quais concepções direcionam as políticas e programas de prevenção ao uso abusivo de drogas dirigidas ao público adolescente no Brasil desde a aprovação da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003?
- 4 – Conhece iniciativas atuais de Redução de danos envolvendo adolescentes no Brasil?
- 5 – Como a Redução de danos pode atuar em interface com a adolescência?
- 6 – É possível articular a lógica de Redução de danos e as políticas públicas intersetoriais de proteção e prevenção direcionadas ao público adolescente?
- 7 – Você consegue identificar avanços e ou retrocessos no Brasil relativos às discussões sobre a Redução de danos e sua aplicabilidade na adolescência?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa de campo exploratória intitulada “**A LÓGICA DE REDUÇÃO DE DANOS: (IM)POSSIBILIDADES PARA A PREVENÇÃO AO USO ABUSIVO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA**” do Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPI da Universidade Estadual de Maringá. A pesquisa é realizada pela discente Paula Ferreira Toledo e é orientada pela professora Dr^a Ednéia José Martins Zaniani. A pesquisa objetiva compreender “se” e “como” a Lógica de Redução de Danos se aplicaria à adolescência, analisando se tal estratégia pode contribuir com a prevenção ao uso abusivo de drogas nesse período do desenvolvimento humano. Com esse propósito, partiremos do trabalho de profissionais e especialistas que atuam/atuaram no campo álcool e outras drogas, especificamente os que atuam/atuaram com as políticas, estratégias e ética da redução de danos. Sua participação é muito importante, e ocorreria da seguinte forma: após concordar com a participação na pesquisa e assinatura do presente termo, serão realizadas entrevistas cujo conteúdo se refere à redução de danos e sua interface com a prevenção ao uso abusivo de drogas na adolescência. Informamos que evitaremos riscos e desconfortos, porém caso durante a pesquisa ocorra algum desconforto, caso não se sinta à vontade, é possível interromper o processo. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. No caso de eventual despesa ou dano, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento e/ou indenização. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins dessa pesquisa e serão tratadas com sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas semiestruturada (não validada), ocorrerão via Google Meeting, o link será enviado com antecedência no endereço eletrônico (e-mail) do participante. As entrevistas serão gravadas (mediante sua autorização) em formato de vídeo por software instalado em dispositivo eletrônico local (notebook/HD) e transcritas posteriormente. O material será arquivado em dispositivo eletrônico local (notebook/HD) sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora Paula Ferreira Toledo, durante cinco anos, evitando assim armazenamento em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem” que possa ocasionar potencial risco de violação de sigilo. Os benefícios esperados envolvem a ampliação da produção acadêmica acerca do tema, dado que, as discussões sobre a redução de danos e sua interface com a adolescência somam um número reduzido de produções científicas; contribuir para discussões e futuras pesquisas sobre a redução de danos e com a construção do cuidado em saúde mental do adolescente. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta no final desse documento. Esse termo deverá ser preenchido com assinatura digital ou impressão datiloscópica em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada enviada para você via endereço eletrônico. É imprescindível que o participante guarde sua via.

Além da assinatura nos campos específicos, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas desse documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e pelo sujeito da pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____ (nome por extenso do
sujeito de pesquisa), declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar
VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Ednéia José Martins
Zaniani.

_____ Data: _____

Assinatura digital ou impressão datiloscópica

Eu, Paula Ferreira Toledo, declaro que forneci todas as informações referentes ao
projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data: _____ Assinatura
digital do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme
o endereço: Nome: Paula Ferreira Toledo. Endereço: R. Salto Santiago, 57, Pq. Das Grevíleas
– CEP 87025360, Maringá – PR. Cel: (44) 997106664 E-mail: paula.f.toledo@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no
endereço: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. UEM-PPG-
sala 4. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444 E-mail: copep@uem.br