



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”  
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

### SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: POLÍTICA PROIBICIONISTA E QUESTÃO SOCIAL

Marcilea Tomaz<sup>1</sup>

**Resumo:** Este artigo tem o intuito de problematizar a política de saúde mental, álcool e outras drogas diante de um retrocesso ético-político no que concerne as respostas governamentais aos usuários de drogas no Brasil. Para tanto, contextualizo o histórico da loucura brasileira, desde o enclausuramento, reforma psiquiátrica e retrocessos atuais. O debate do proibicionismo às drogas, a questão social e os rebatimentos de forma direta na criminalização da pobreza.

**Palavras-chave:** Saúde mental, álcool e outras drogas. Proibicionismo. Questão social.

**Abstract:** This article intends to problematize the health policy of metals, alcohol and others in the face of an ethical-political regression regarding government responses to drug users in Brazil. To do so, I contextualize the history of Brazilian madness, from the enclausuramento, psychiatric reform, and current events. The debate of the pribicionismo the drugs, the social question and the refutations of direct form in the criminalization of the poverty.

**Keywords:** Mental health, alcohol and other drugs. Prohibitionism. Social issues.

#### INTRODUÇÃO

O debate do proibicionismo, da chamada ‘guerra às drogas’, atualmente é mencionado a nova lei sobre drogas, no começo do século XXI, bem como a incorporação da temática das drogas para a política de saúde mental no que concerne às práticas de tratamento, baseava-se na internação em hospitais psiquiátricos, por longos anos, de forma obrigatória, com o objetivo de recuperação.

No entanto, no campo da saúde mental, a partir dos anos 1980, emerge os serviços de atenção ao uso prejudicial de drogas, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), em conjunto com os outros tipos de CAPS, de lógica comunitária, extra-hospital e territorial. Esse novo modelo assistencial, o CAPS AD tem como cunho a sua abordagem antiproibicionista que vai na contramão das ações proibicionistas, seja pelo modelo moral/criminal/ que veem o consumo de drogas com um problema moral, que busca o encarceramento dos imorais, objetivando a redução da demanda por drogas e por uma sociedade livre de drogas em que a abstinência seja o único objetivo. Aqui se refere a chamada ‘Guerra às Drogas’, esta que se refere não às drogas, mas as pessoas que se encontram na situação de pobreza.

#### A ENTRADA DO CAMPO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Juiz de Fora, E-mail: marcilea.jf@gmail.com.

Historicamente, a assistência às pessoas que estão em uso prejudicial de álcool e outras drogas estiveram ligada à assistência psiquiátrica, que sempre foi marcada pela violação de direitos humanos e pela má qualidade prestada ao usuário, sendo centrada no modelo hospitalocêntrico.

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

Contudo, somente em 2002, houve a redefinição no Âmbito federal dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na modalidade II (CAPS AD II), caracterizado como serviço de atenção psicossocial para atendimento de paciente com transtornos relacionados ao álcool e outras drogas.

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

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

A partir dos anos de 2010, no cenário nacional, onda conservadora se construiu

sobre uma midiática epidemia do crack. Diversos atores (da saúde, religiosos) passaram a defender a internação em massa para usuários de crack. Concomitantemente a essa onda conservadora, o poder público e os dispositivos voltados para a questão de drogas, especialmente os serviços de saúde, segurança pública e assistência social enfrentaram desafios. Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, foi implementada, pelo governo Lula o Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, por meio do Decreto n. 7.179, do ano de 2010, alterada pelo decreto n. 7.637 de 2001 pela presidenta Dilma que instituiu o Programa: “Crack, É possível vencer”, apoiado em três eixos estruturantes: cuidado, autoridade e prevenção (BARCELLOS, 2017).

Diante disso, uma questão a ser avaliada é se essa prática tem proporcionado à redução, o controle e até mesmo a recuperação do usuário de tal droga, considerando que é necessário que se promovam ações adequadas a realidade e ao contexto no qual o usuário está inserido, através de programas de atenção básica, assim como na construção de uma política abrangente voltada para esse público.

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

Desse modo, o contexto apresentado se refere a uma política social de caráter residual ou assistencial, com o incentivo governamental às iniciativas do chamado terceiro setor, que obteve grande crescimento da década de 1990 em diante (SOARES, 2009).

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

De forma complementar, destaca-se no Governo de Michel Temer - 2016, o coordenador nacional da saúde mental, álcool e outras drogas - Quirino Cordeiro Júnior – divulga pelo Ministério da Saúde (MS) uma minuta que desconsidera a Portaria 3088/MS/GM de 2011 (RAPS) e ainda, o Decreto 7.508 de 2011 que define a atenção psicossocial (os CAPS) como uma das portas de entrada do SUS. Entretanto, no documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental, de agosto de 2017 que

acompanha a minuta, exclui os CAPS como portas de entrada na Rede e, em substituição, introduzem equipes de Assistência Multidisciplinar de Média complexidade em Saúde Mental (Ament), e a entrada no CAPS apenas por encaminhamento. Outra mudança, na área de álcool e outras drogas, é o financiamento do MS às Comunidades Terapêuticas que atualmente já recebem recursos do Ministério da Justiça como apoio à 'acolhida' de usuários de álcool e outras drogas, porém agora reconhecidas pela saúde como possibilidade de atendimento.

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

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

### **O PROIBICIONISMO E A QUESTÃO SOCIAL**

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

Porém, foram nos primeiros anos do século XX que passou a proibir o uso de

psicoativos. Diversas são os debates existentes em relação ao momento em que iniciou a criminalização do uso de drogas e suas motivações, muito em aspectos variados como religioso, moralista, político.

Segundo Salo de Carvalho (2010):

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

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

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

A força política dos EUA fez com que esse modelo se disseminasse pelo mundo inteiro, tendo, ainda hoje, muita força entre os países latino-americanos, entre eles o Brasil, que tem na sua principal política de enfrentamento às drogas as raízes conservadoras do proibicionismo norte-americano.

Observa-se que as consequências da criminalização no campo das drogas podem ser presenciadas nas sociedades contemporâneas através do crescimento do tráfico de drogas, da violência, da corrupção e, principalmente, da marginalização dos usuários das drogas consideradas ilícitas, que passam a ser alvo da repressão e perdem visibilidade pública, o que os afasta dos serviços de saúde, dos equipamentos sociais e educacionais. Diante disso, é possível constatar que a criminalização não tem contribuído para reduzir os danos sociais e de saúde associados ao uso de drogas e, em muitos casos, tem contribuído para o seu aumento, já que a clandestinidade do uso de algumas

drogas impede sua visibilidade política e pública, elementos necessários para construir e discutir respostas no âmbito das políticas sociais (BRITES, 2006).

No Brasil, o início da regulamentação de uso, porte e comércio de substâncias entorpecentes surge ainda quando o Brasil era colônia. No entanto, em 1915 que o Brasil estabelece controle sobre a venda de drogas como ópio, morfina, heroína e cocaína, permitindo seu uso apenas para fins medicinais. Com a expansão do ideário proibicionista, iniciada no EUA, no ano 1919, as autoridades brasileiras entendem que é chegado o momento de se revisar a regulamentação das drogas. Assim, pela primeira vez no Brasil, foi decretado que aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias, sem autorização, e sem as formalidades prescritas, estaria sujeito à penalização.

A política da década de 1930, governo assumido por Getúlio Vargas – o Governo Provisório deu início a um período de modificação das estruturas arcaicas da República Velha, diante dos precários resultados da repressão às drogas, obteve uma abertura a venda e ao uso dessas substâncias entorpecentes<sup>2</sup>, mas foram incluídas também formas de sancionar o tráfico através de pena de prisão e multa. Nesta mesma década, não criminalizava o porte de drogas para uso pessoal, mas como o uso não tinha finalidade medicinal, este usuário era considerado uma pessoa doente e, assim, estava sujeito à internação compulsória em clínica de recuperação. Essa internação é caracterizada pelo controle do uso de substâncias psicotrópicas na época, apoiada no controle médico-social (CARVALHO, 2011).

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

---

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

construção de um pacto contra-revolucionário e reacionário que culminou no golpe militar de 64 (Netto, 1991). Nesse contexto vieram à censura, os tribunais de exceção, a supressão de direitos humanos e individuais. Ao aproximar a presente discussão com a sociabilidade burguesa, implica identificar algumas mudanças operadas no modelo de acumulação do capital a partir da década de 1970, que resultou na chamada mundialização da economia, e tem na reestruturação produtiva e nas políticas de corte neoliberal sua sustentação. E é a partir desta década que observamos um aumento na produção e no consumo de drogas (lícitas e ilícitas) nas sociedades atual e a configuração do uso de drogas como um problema de saúde pública (BASTOS, 1998).

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

O efeito da criminalização de algumas drogas contribui para a reprodução de uma consciência social alienada acerca dos reais danos sociais e de saúde das diferentes drogas, contribui também, para ampliar os processos de exclusão social dos segmentos que fazem uso de drogas ilícitas, afastando-os dos equipamentos de saúde (BRITES, 2006).

Em relação às respostas sociais e de saúde, no Brasil, sobre o uso das diferentes drogas têm historicamente se alinhado às tendências conservadoras dominantes, com

destaque para a legislação brasileira sobre drogas<sup>3</sup>. O moralismo e o autoritarismo oferecem as bases de legitimidade da vertente proibicionista de “Guerra às Drogas”, liderada internacionalmente pelos EUA em relação às drogas ilícitas. O proibicionismo é moralista, pois diante da complexidade dos usos fenomênicos de drogas, que resulta da interação de uma diversidade de aspectos e finalidades de natureza sócio-históricas (BRITES, 2006).

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

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

Segundo Machado e Miranda (2007):

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

No entanto, a assistência às pessoas que estão em uso abusivo e/ou prejudicial

---

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



de álcool e outras drogas estiveram ligada à assistência psiquiátrica, marcada pela violação de direitos e pela má qualidade prestada ao usuário. Quando nos referimos a drogas, as substâncias psicoativas reconhecemos que essas satisfazem necessidades que podem ser físicas, culturais, religiosas, ritualísticas, etc., ou seja, essas substâncias acompanham a história do homem.

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

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

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

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

A percepção de que a “guerra às drogas” é uma guerra contra as pessoas é essencial para o nosso trabalho, especialmente quando a guerra se volta aos mais pobres, marginalizados (KARAM, 1997). Os chamados mais pobre me refiro aqueles que se encontram à margem da sociedade, e a guerra às drogas vem na lógica da penalização da pobreza. Diante disso, referir sobre a questão social torna necessário, pois ela enquanto objeto de trabalho do serviço social está em questão.

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

Entender a questão social é elemento essencial para compreendermos a questão da criminalização da pobreza contemporânea, pois os jovens pobres, pessoas em situação de rua, usuários dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, inseridos na lógica proibicionista são penalizados por duas vias, a primeira mostra-se na negação dos direitos sociais e a segunda, na criminalização que leva a penalização e, muitas vezes, ao encarceramento, enclausuramento.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O sistema capitalista por sua vez tem como mote a penalização da pobreza, e é construído para a satisfação das necessidades do modo de produção e das ideologias políticas que o determinam. A sociedade em que vivemos aumenta e é extremamente desigual.

A pobreza e a disparidade social não crescem apenas nos países já considerados pobres, pois a crise atinge o centro capitalista. O Brasil importou o ideário proibicionista e aderiu à criminalização dos pobres, portanto, é importante refletirmos como esse modelo proibicionista, de guerra às drogas, reflete diretamente no extermínio da pobreza, da população de rua, das pessoas que fogem do padrão estabelecida de gênero, raça/etnia e classe social. Como essas pessoas são tratadas dentro desta guerra social, uma guerra contra os pobres, não contra a pobreza. E, enquanto toda a política de criminalização é efetivada, muitos morrem pelo extermínio.

Assim, refletir sobre o viés antiproibicionista se faz mais que necessário. Um antiproibicionista que contenha como pauta a emancipação, construir a criticidade juntos/as e como tem sido esse acesso aos direitos sociais.

### **REFERÊNCIAS**

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

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

BARCELLOS. W. S. **As políticas sobre drogas e os desafios recentes ao Proibicionismo**. In: Serviço Social, saúde mental e drogas organizado por Marco José de Oliveira Duarte, Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes. – Campinas: Papel Social, 2017.

BASTOS, Francisco. Inácio et al (org.). **Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde Coordenação de DST e AIDS, 1998

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

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

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

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

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

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

IPEA. Nota Técnica. Perfil das comunidades terapêuticas. 2017. <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf).> Acesso em 28 de maio de 2019.

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

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

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça À saúde pública**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul-set. 2007.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3. ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2001.

RODRIGUES, Thiago. **Política de Drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.

SOARES. L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.