



# POLÍTICA DE DROGAS, SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Tathiana Meyre da Silva Gomes Rachel Gouveia Passos  
Tiago Braga Espírito Santo Juliana Desiderio Lobo Prudêncio  
[Organizadores]





**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**REITOR**

*Antonio Claudio Lucas da Nóbrega*

**VICE-REITOR**

*Fabio Barboza Passos*

Livro financiado com recurso do Proap/CAPES  
2022, vinculado ao PPGSSDR/UFF.

# POLÍTICA DE DROGAS, SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

**Tathiana Meyre da Silva Gomes | Rachel Gouveia Passos**  
**Tiago Braga Espírito Santo | Juliana Desiderio Lobo Prudêncio**  
[Organizadores]



©2023 Universidade Federal Fluminense

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.



**Preparação de texto**

Thais Souza | MC&G Editorial

**Revisão de texto**

Carlos Otávio Flexa | MC&G Editorial

**Projeto gráfico**

Glauco Coelho | MC&G Editorial

**Capa e Diagramação**

Max Ramos com imagem Shutterstock | MC&G Editorial

Esta obra foi composta com a família tipográfica Alegreya Sans e Alegreya.

---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

P769 Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas [recurso eletrônico] / orgs. Tathiana Meyre da Silva Gomes ... [et al.]. – Niterói : MC&G, 2023.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-89369-54-7

1. Serviço Social. 2. Comunidades terapêuticas. 3. Serviços de saúde mental. 4. Política de saúde mental. 5. Drogas - Aspectos sociais. I. Gomes, Tathiana Meyre da Silva. II. Passos, Rachel Gouveia. III. Espírito Santo, Tiago Braga. IV. Prudêncio, Juliana Desiderio Lobo. V. Título.

CDD23 : 362 . 29186

---

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB - 7/6971

Direitos desta edição cedidos à  
Universidade Federal Fluminense  
Rua Miguel de Frias, 9 - Icaraí - Niterói - RJ  
CEP 24220-008 - Brasil  
Tel.: +55 21 2629-5287

# SUMÁRIO

## **PREFÁCIO** 9

*Benedetto Saraceno*

## **APRESENTAÇÃO** 17

*Tathiana Meyre da Silva Gomes | Rachel Gouveia Passos*

*Tiago Braga Espírito Santo | Juliana Desiderio Lobo Prudêncio*

## **CAPÍTULO 1** 25

### **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A REMANICOMIALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

*Juliana Desiderio Lobo Prudêncio | Luana da Silveira*

## **CAPÍTULO 2** 47

### **CONTRAREFORMA PSIQUIÁTRICA E AS MEDIDAS INFRALEGAIS PARA AMPLIAR O MERCADO DAS CTS**

*Ana Paula Guljor | Leonardo Penafiel Pinho*

## **CAPÍTULO 3** 73

### **PODER PUNITIVO, PROIBICIONISMO E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: A POLÍTICA E O CUIDADO NA SAÚDE MENTAL E DROGAS**

*Marco José de Oliveira Duarte | Raquel Coelho Correa de Araujo*

*Marcilea Tomaz | Thays Ribeiro da Silva*

## **CAPÍTULO 4** 97

### **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ESPAÇO DE VIOLAÇÕES INTERDEPENDENTES DE DIREITOS HUMANOS**

*Patricia Carlos Magno*

**CAPÍTULO 5** **125**

**REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS  
EM PORTUGAL – PASSADO, PRESENTE E FUTURO**

*Marta Dias Baptista de Leiria e Borges | Alexandra Amaral Camilo*

*Cátia Luísa Bragança | Lúcia Sofia Rodrigues da Piedade Francisco*

*Maria Leonor Carriço Teixeira | Patrícia João Paquim Gonçalves Santos António Brilhante*

*Pedro Daniel Costa de Oliveira*

**CAPÍTULO 6** **149**

**LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ENCIERRO:  
APUNTES PARA UNA ARQUEOLOGÍA DE LA ATENCIÓN  
AL USO DE DROGAS EN MÉXICO**

*Angélica Ospina-Escobar*

**CAPÍTULO 7** **171**

**APONTAMENTOS SOBRE O ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS  
DE SUBSTÂNCIAS E SEUS FILHOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

*Janine Targino*

**CAPÍTULO 8** **195**

**PERMITA QUE EU FALE... SOBRE O TEMPO**

*Dênis Petuco*

**CAPÍTULO 9** **207**

**AUTORITARISMO, PRIVAÇÃO DE LIBERDADE  
E VIOLÊNCIAS: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR EGRESSOS  
DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESPÍRITO SANTO**

*Giovanna Bardi | Edineia Figueira dos Anjos Oliveira Maria Lúcia Teixeira Garcia*

*Fabiola Xavier Leal | Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai*

**CAPÍTULO 10** **233**

**GASTOS COM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

*Fabiola Xavier Leal | Edineia Figueira dos Anjos Oliveira | Giovanna Bardi*

*Maria Lúcia Teixeira Garcia | Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai*

*Lara da Silva Campanharo*

**CAPÍTULO 11** **257**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO PODER  
LEGISLATIVO FLUMINENSE**

*Dayana Rosa Duarte Morais | Martinho Braga Batista e Silva*

**CAPÍTULO 12** **279**

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS EM DOIS CONTEXTOS SUBNACIONAIS:  
DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

*Maria Paula Santos | Roberto Pires | Beatriz Brandão | Luiza Rosa*

**CAPÍTULO 13** **299**

**SAÚDE MENTAL, DROGAS E COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

*Tathiana Meyre da Silva Gomes | Rachel Gouveia Passos*

*Giulia de Castro Lopes de Araujo | Jessica Farias de Souza*





**E**ste libro trata de Políticas de Drogas, de Salud Mental, y de Comunidades Terapéuticas, así como enuncia su título. Sin embargo, este libro va mucho más allá de su área técnica y representa un ensayo fundamental sobre Libertad y Terapia y Democracia.

El modelo “Housing First” que se utilizó en intervenciones para personas que consumen habitualmente sustancias psicotrópicas, legales o ilícitas, se ha conocido y desarrollado internacionalmente.

Housing First (HF) es un modelo de intervención en el marco de las políticas de lucha contra la marginación grave, basado en la integración de personas sin hogar con problemas de salud mental o en situación de malestar psicosocial crónico, a las que se dota de vivienda independiente, para promover el bienestar y la integración social.

Los principios de “Housing First” son:

- El alojamiento se proporciona incluso si el usuario se niega a recibir el tratamiento, es decir, el alojamiento no es una “recompensa” por unirse al tratamiento.
- El alojamiento, así como los servicios de apoyo a la gestión del apartamento, son permanentes
- No existe obligación para el usuario de abstenerse del consumo de alcohol y drogas.
- Los servicios animan a los usuarios a inscribirse en un programa terapéutico sin por ello confundir el reconocimiento del derecho a la vivienda con la libre decisión de acceder a la atención sanitaria

No se hace aquí referencia a este modelo para entrar en los méritos de su evaluación clínica ni para analizar los estudios clínicos controlados que han medido su eficacia. Más bien, el interés de Housing First radica en su doble valor.

De hecho, es una metodología de intervención social que tiene dos dimensiones: la individual y la ambiental. En lo que se refiere al individuo, se reconoce la capacidad intrínseca de los sujetos para recuperar un estado de bienestar psicofísico incluso en presencia de condiciones graves de vulnerabilidad social o problemas de salud mental.

A nivel ambiental, la disponibilidad de alojamiento, el apoyo del equipo en la redefinición de su rol social, la integración social y el retorno paulatino a la vida comunitaria definen una estructura relacional y comunitaria esencial. Por tanto, aquí la referencia al modelo “Housing First” es por su interés ético y heurístico, por su vuelco de la perspectiva epistemológica tradicional sobre las intervenciones terapéuticas.

De hecho, es un modelo que pone en primer plano las necesidades materiales de las personas y deja en un segundo plano los aspectos clínicos. Se podría decir que es un modelo que pretende intervenir sobre los determinantes sociales más que sobre los síntomas de la enfermedad. Se podría decir que es un modelo que plantea que la posibilidad y la libertad de vivir la normalidad son más importantes que la aceptación de un tratamiento terapéutico.

Partimos de aquí para preguntarnos si la libertad es una condición necesaria para que una terapia tenga sentido y legitimidad. ¿Puede ser compatible con el tratamiento, una jaula (¿terapéutica?) autoritaria y restrictiva?

Con la política del miedo, la vigilancia social de los débiles y precarios, estigmatizados como potencialmente peligrosos y con el fichaje generalizado de drogodependientes, ocupantes de centros sociales y cualquier otro tipo de alborotador, se ha decidido que hay ciudadanos con menos derechos y a veces sin derechos. La libertad está cada vez más controlada.

Sin embargo, como decía Henry Ey, la alienación mental es ante todo una patología de la libertad (Ey y coll, 1989), y por tanto cabe preguntarse si el encierro de los “locos” y los de “locos-malos” es compatible con respuestas humanas, justas, terapéuticas, o, por el contrario, como dice Foucault, “La prisión, ese espacio más oscuro dentro del aparato de justicia, es el lugar donde se encuentra el poder de castigar, que ya no se atreve a castigar con el rostro descubierto, sino que organiza silenciosamente

un campo de objetividad en el que el castigo puede funcionar a plena luz como una terapéutica y la sentencia puede inscribirse entre los discursos del saber” (Foucault, 1975).

Entonces, aquí está la pregunta: ¿es posible la terapia en un contexto de falta de libertad? ¿Es la libertad, por otro lado, una condición necesaria para poder recibir tratamiento?

¿Es tan eficaz el gesto terapéutico (como el del sacerdote en la Misa) en poder justificar y superar el entorno cerrado o la constricción del programa terapéutico en el que se propone el propio gesto?

Desde las primeras experiencias de desinstitucionalización, se entendió bien cómo el propio encierro y la propia vida institucional eran factores de riesgo para los pacientes: la cronicidad de la enfermedad era y es más que atenuada, fomentada por la institución; la asimetría de poderes entre cuidadores y pacientes ha encontrado su lugar natural en el marco institucional y el universo de normas infantilizantes de la institución y ha impedido el desarrollo deseable de un universo de normas adultas.

No hay terapia posible en el universo antiterapéutico de la institución y siempre hay que recordar que la institución no es sólo el muro del hospital: el mejor de los gestos terapéuticos es devorado por el dragón institucional. No sé si, como decía Franco Basaglia, la libertad es terapéutica, pero sé muy bien que la falta de libertad es patológica.

Pero entonces, si realmente ponemos en el centro la cuestión de la relación entre libertad y cuidado, ¿cuál es el futuro de la psiquiatría?

Recordemos que, por muy importante que haya sido la restauración de los derechos, la noción de libertad de Basaglia va más allá de una estrecha preocupación por el estatuto jurídico. de hecho, es sorprendentemente similar a la preocupación ofrecida por Amartya Sen, quien afirma que la libertad es la base, más que el resultado, del desarrollo humano y económico (Sen, 1999). Del mismo modo, Basaglia pensó en la libertad como un requisito previo para una cura efectiva. Este es el riesgo de la libertad: poner a disposición de las personas la difícil oportunidad de “producir sentido” y crear una vida significativa.

Al objetivar a los pacientes, reduciéndolos a diagnósticos, utilizando una definición estrecha y miope de lo que constituye un tratamiento psiquiátrico, se despoja a las personas de su voluntad. El riesgo de la libertad, por tanto, abarca a toda la psiquiatría, tanto al paciente como al psiquiatra.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (Naciones Unidas, 2006), fue adoptada en 2006 y comenzó a aplicarse en 2008. Los derechos afirmados por la Convención ya están presentes en los tratados internacionales sobre derechos humanos, pero en este convenio específico se aplican a las personas con discapacidad los principios generales de dignidad, igualdad, no discriminación, plena inclusión social, con la preocupación de que la discapacidad nunca sea un factor que debilite derechos.

La CDPD sanciona un cambio de paradigma fundamental e histórico al afirmar los derechos de las personas con discapacidad física o mental de manera unificada y sin distinción. Además, promueve un modelo social de la discapacidad, de manera que deja de ser una condición exclusivamente individual para ser vista como el resultado de una vulnerabilidad personal y de las respuestas que la sociedad ofrece a las personas con discapacidad. En otras palabras, se acaba la distinción tradicional entre la capacidad disminuida de un sujeto y las barreras que la sociedad le impone, poniendo de relieve cómo la discapacidad pertenece tanto al sujeto como a la sociedad en la que vive; es decir, la mitad del daño en el portador y la otra mitad en la comunidad que lo rodea: así como “el discurso” según Montaigne: “La parole est moitié à celui qui parle, moitié à celui qui l’écoute” (Essais III, XIII: de l’expérience).

Así, las personas con trastornos mentales prolongados y con alguna discapacidad ya no son un grupo vulnerable separado con derechos disminuidos o colocados bajo protección especial. Esta pertenencia común al contrato social universal de derechos constituye un avance sustancial con respecto a la época en que la discapacidad mental fue relegada a un limbo jurídico, no solo separado, sino sustancialmente regulado por leyes que tenían que ver con la peligrosidad social en lugar de, más bien, con el derecho a la inclusión social.

Los principios generales en los que se basa la Convención son sustancialmente ocho y se refieren a todos los tipos de discapacidad:

- Respeto a la discapacidad como parte de la diversidad humana
- No discriminación
- Igualdad de género
- Respeto a los niños con discapacidad y su derecho a desarrollar y preservar su identidad

- Respeto a la dignidad de las personas con discapacidad, es decir, el derecho a la autonomía y la libertad de elegir con plena independencia
- Plena participación e inclusión social
- Igualdad de oportunidades
- Accesibilidad a los servicios

La CDPD es un texto legal internacional en muchos sentidos innovador ya que no se limita a sancionar derechos “negativos” (derecho a no) sino que también promueve muchos derechos “positivos” (derecho a) para que las oportunidades de vivir, trabajar, estudiar como derechos y no como meras aspiraciones.

Algunos artículos de la Convención tienen, o más bien tendrían, si se aplicaran, implicaciones sustanciales en todas las intervenciones de rehabilitación y atención para las personas con discapacidad.

El artículo 12 establece el igual reconocimiento ante la ley: “las personas con discapacidad gozan de capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida». Y los Estados no solo deben reconocer esta igualdad, sino que también deben adoptar “medidas adecuadas para permitir el acceso de las personas con discapacidad a los apoyos que necesitan para ejercer su capacidad jurídica... y asegurar que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, voluntad y preferencias de la persona...”.

El artículo 12 de la Convención enuncia en una línea un principio radicalmente innovador al establecer que “la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso la privación de libertad”. En otras palabras, nadie puede ser sometido a ninguna medida coercitiva de libertad “sólo” como portador de una discapacidad psíquica o física.

Recordamos que el artículo 15 establece enérgicamente “el derecho a no ser sometido a torturas, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Curiosamente, los profesionales de la salud tienden a ignorar este artículo ya que creen firmemente que la tortura o el trato cruel, inhumano o degradante ciertamente no se practican en sus prestigiosos hospitales. Estas, a su juicio, son prácticas inexistentes en países modernos, democráticos y civilizados. Así piensan. Pero ni siquiera les afecta la idea de que la Convención en cambio considere la restricción física o el aislamiento como prácticas inhumanas o degradantes.

Para concluir el análisis de estos pocos ejemplos de artículos de la Convención, leamos el artículo 19 sobre “Vida independiente e inclusión en la sociedad”.

Este artículo cuestiona la gran mayoría de las intervenciones de rehabilitación y atención dirigidas a las personas con discapacidad psíquica e intelectual y a las personas mayores que no son autosuficientes. de hecho, el artículo establece que los Estados deben reconocer “el derecho de toda persona con discapacidad a vivir en sociedad, con la misma libertad de elección que las demás personas, y adoptar medidas efectivas y adecuadas para facilitar el pleno goce de parte de su personas con discapacidad de este derecho y su plena integración y participación en la sociedad, incluso asegurando que: (a) las personas con discapacidad tengan la posibilidad de elegir, en igualdad de condiciones con las demás, su lugar de residencia y dónde y con quién vivir y no están obligados a vivir en un arreglo particular; b) las personas con discapacidad tengan acceso a una gama de servicios residenciales o domiciliarios y otros servicios sociales de apoyo, incluida la asistencia personal necesaria para que puedan vivir e integrarse en la sociedad y evitar que queden aisladas o sean víctimas de la segregación...”.

Cabe preguntarse, entonces, en qué medida se aplica la Convención en los países que no sólo la han firmado, sino que también la han ratificado. Pero esta Convención y el gran debate internacional en torno a ella no se menciona y la razón es muy simple: la Convención es esencialmente desconocida o ignorada.

Las instituciones psiquiátricas para adultos públicas y privadas, las instituciones especializadas para niños y adolescentes con discapacidad intelectual o para ancianos con demencia, a menudo siguen siendo lugares de miseria, violencia, abuso. Si este es el llamado “caso moral” según la definición de Patel, Saraceno y Kleinman (2006), no cabe duda de que afrontarlo no es sólo una cuestión de cambiar actitudes y prejuicios individuales sino también y sobre todo es una cuestión de cambiar radicalmente las políticas de discapacidad, la legislación relacionada y las organizaciones de servicios que deben atender a las personas con discapacidad, ofreciéndoles respuestas humanas, dignas, justas, eficaces.

Las instituciones psiquiátricas y los ambientes académicos no promueven la Convención, sino que la sufren en silencio pasivo. Es una gran

oportunidad perdida, una oportunidad moral, jurídica, técnica y política que muestra y demuestra una vez más la opacidad moral de la psiquiatría. No queremos promover, informar, dar a conocer, dar cursos, instruir, educar cuando en cambio tendríamos la espléndida oportunidad de celebrar una ley que ante todo afirme el derecho a tener derechos, que no es poca cosa cuando nos referimos a una población que no sólo ha sido y sigue siendo privada de muchos derechos sino por la que incluso se han invocado “razones científicas” para este estatuto de derechos amputados.

Es gracias a la Convención que la “etiqueta” de los derechos humanos afirmada con una retórica insoportable y al mismo tiempo violada por las instituciones, deja finalmente de ser una “pequeña ética”, una etiqueta de buen comportamiento en sociedad, para convertirse en cierto en una Ética práctica. El conocimiento y aplicación rigurosa de las Convenciones de las Naciones Unidas no es pues una opción internacional sino un deber nacional.

Este libro representa una contribución fundamental a la urgente y necesaria conexión entre Terapia, Libertad y Democracia.

Benedetto Saraceno

*Lisbon Institute of Global Mental Health*





## APRESENTAÇÃO

Situar o debate da política de saúde mental no campo das drogas é relembrar que historicamente ela carrega duas tendências marcantes na sua existência, o proibicionismo e a atenção aos usuários de drogas. No contexto de guerra às drogas, a repressão se coloca na construção de uma política antidrogas ilícitas de viés proibicionista que centraliza a atenção sobre a substância droga e criminaliza os usos e os sujeitos, se desdobrando no encarceramento da população negra, pobre, favelada. A guerra às drogas coloca em cena o poder da repressão do Estado como caminho único para o fim da droga e sustenta a manutenção da lógica do proibicionismo:

Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. [...] O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas a marca decisivamente (FIORE, 2012, p. 01).

Assim, de acordo com a lógica proibicionista, o contexto da criminalização da droga recai diretamente sobre o usuário. Toda a responsabilização sobre os usos se instaura como a única saída para o tema da repressão. Cabe pontuar que no Brasil a Lei n. 11.343/2006 — Lei sobre Drogas — reafirma a criminalização por tráfico e ainda permite que seja a autoridade policial a decidir quem é ou não traficante ou usuário. Por outro, ao se

pensar a redução de danos (RD) como estratégia social e de saúde, tem-se, a possibilidade de construção de um cuidado em redes de saúde aos usuários de drogas.

A perspectiva da redução de danos ganha destaque no cuidado aos usuários de drogas no final dos anos de 1980 para a contenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tornando-se um caminho importante para se pensar e construir formas de redução dos riscos sociais e de saúde (ANDRADE, 2004).

Como estratégia em saúde no campo da política sobre droga, a RD convoca a compreensão da droga como questão de saúde pública e da necessidade de um cuidado em defesa da vida. Neste bojo, a III Conferência Nacional de Saúde Mental foi um marco ao que inclui o debate sobre o tema drogas no campo da saúde mental e fortalecer a construção da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), de 2003.

A PAIUAD assume a RD como a direção em defesa da vida através da construção de um cuidado em rede de saúde, no território e através dos serviços substitutivos. A política é um grande marco no campo da atenção psicossocial aos usuários de drogas por reconhecê-los como sujeito de direitos e ganha lugar como referência para a organização da rede de atenção psicossocial (RAPS – Portaria n. 3588/2011). Todavia, esta rede é vulnerabilizada após 2017 com a aprovação da “Nova política de saúde mental” e de uma “Nova RAPS”, que retrocedem na concepção de cuidado coletivamente construído no âmbito da Reforma Psiquiátrica, alimentando o modelo hospitalocêntrico e abstêmio ao incentivar medidas de tratamento através da internação de usuário de drogas, internação compulsória e destinação de recursos públicos para as comunidades terapêuticas.

A presente coletânea intitulada *Política de Drogas, Saúde Mental e comunidades terapêuticas* reúne diferentes pesquisadoras/es e docentes ibero-americanos que contribuem para o debate da Política sobre drogas e as comunidades terapêuticas. Nesse sentido, a obra reúne treze importantes capítulos que se articulam entre problematizações conceituais e análises de experiências.

No primeiro capítulo, Comunidades terapêuticas e a remanicomialização da reforma psiquiátrica, de Juliana Desiderio Lobo Prudencio e Luana da Silveira é problematizado a institucionalização das comunidades terapêuticas (CT's) a remanicomialização da reforma psiquiátrica,

especialmente de usuários de drogas, constituindo um novo regime de visibilidade agenciado pelos dispositivos jurídico-psiquiátricos. A partir da revisão de literatura e análise documental observa-se que às CT's aplicam-se ações de internação e segregação de certos grupos, em defesa da sociedade contra o novo inimigo social, evidenciando seu caráter totalitário, discriminatório, misógino e racista.

O segundo capítulo, denomina-se Contrarreforma Psiquiátrica e as medidas infralegais para ampliar o mercado das CT's, de Ana Paula Guljor e Leonardo Penafiel Pinho. Os autores apresentam um panorama histórico da política sobre drogas, seguido de análise sobre os marcos legais que basizam e contextualizam a política de saúde mental e droga, tendo como referência a Lei n. 10.216/2001 e o processo de “contrarreforma psiquiátrica”. Para tal, o recurso metodológico utilizado foi a revisão de literatura e análise documental tendo como foco as Comunidades Terapêuticas.

O capítulo intitulado, Poder Punitivo, Proibicionismo e Comunidades Terapêuticas: A política e o cuidado na saúde mental e drogas, de Marco José de Oliveira Duarte, Raquel Coelho Correa de Araújo, Marcilea Tomaz e Thays Ribeiro da Silva apresenta uma análise do lugar ocupado pelas comunidades terapêuticas na lógica do poder punitivo e do proibicionismo aos usuários que fazem uso prejudicial de drogas no contexto ultraneoliberal e ultraneoliberal do Estado brasileiro.

O capítulo seguinte é intitulado Comunidades Terapêuticas: espaço de violações interdependentes de direitos humanos, de Patrícia Carlos Magno. A autora apresenta o conceito de *ciclo de violação interdependente de direitos humanos* e analisa sua materialidade nas comunidades terapêuticas por meio dos relatórios emitidos pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Destaca que a sociedade brasileira tem como característica a desigualdade estrutural e pobreza com práticas históricas de violação dos direitos humanos, demonstrando a importância do debate étnico-racial e de gênero para compreensão dos sujeitos que estão sendo encaminhados às comunidades terapêuticas e não estão sendo cuidados nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas.

O quinto capítulo, intitulado Reflexão Crítica Sobre as comunidades terapêuticas em Portugal – Passado, Presente e Futuro, de Marta Dias Baptista de Leiria e Borges, Alexandra Amaral Camilo, Cátia Luísa Bragança, Lúcia Sofia Rodrigues da Piedade Francisco, Maria Leonor Carriço Teixeira, Patrícia João Paquim Gonçalves Santos António Brilhante e

Pedro Daniel Costa de Oliveira, apresenta a experiência portuguesa de comunidades terapêuticas, enfatizando aspectos sobre o processo de trabalho dos profissionais que atuam nas CT's tais como: o Serviço Social, a Enfermagem e a Psicologia.

O capítulo sexto, *La institucionalización del encierro. Apuntes para una arqueología de la atención al uso de drogas en México*, de Angélica Ospina-Escobar apresenta o sistema de cuidado e atenção aos usuários que fazem uso prejudicial de drogas no México. Através da revisão de literatura, análise documental e entrevista com sujeitos que trabalham em organizações públicas e civis que atendem a usuários de drogas, a autora aponta que a construção desse cuidado se faz através da medicina e da justiça. O capítulo destaca que a relação entre cuidado e opressão é muito presente no campo da droga na cidade do México, com forte convocação para a atenção asilar ao sujeito “desviado”.

O sétimo capítulo, *Apontamentos Sobre o Acolhimento de Usuárias de Substâncias e Seus Filhos em Comunidades Terapêuticas*, de Janine Targino aborda o acolhimento de gestantes/mulheres mães que desejam estar acompanhadas dos filhos durante a internação em duas comunidades terapêuticas localizadas no Estado de São Paulo e do Rio de Janeiro. A autora destaca que tais instituições são de matrizes religiosas (católica e pentecostal) e que pregam a abstinência e distanciamento da vida social como condição para o tratamento nas CT's. Como resultado, Targino conclui que as CT's atuam fundamentas na moralidade cristã, reproduzindo valores socioculturais hegemônicos sobre as mulheres e a maternidade.

O capítulo intitulado, *Permita que eu fale... sobre o tempo*, de Dênis Petuco possibilita uma aproximação com as comunidades terapêuticas a partir da sua vivência, em especial no período de dezembro de 1999 e setembro de 2000. O relato apresentado pelo autor serve como um ato de denúncia à violação dos direitos humanos, violências e intolerância religiosa vivenciados por internos das CT's, que aos olhos dos “de fora” são atos e experiências “toleráveis” pela cura do uso problemático de drogas. Por fim, convoca a importância de se apontar possibilidades de cuidado neste campo, para além das críticas aos CT's.

*Autoritarismo, privação de liberdade e violências: experiências vividas por egressos de comunidades terapêuticas no Espírito Santo*, de Giovanna Bardi, Edineia Figueira dos Anjos Oliveira, Maria Lúcia Teixeira Garcia,

Fabiola Xavier Leal e Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai é o nono capítulo da presente coletânea. As autoras mostram os retrocessos legais vivenciados pela política de saúde mental no campo da droga, reforçando os mesmos como ganho para o financiamento das comunidades terapêuticas e apresenta a política sobre drogas no Espírito Santo delineando o gasto público para tal política.

Com o título, *Gastos com comunidades terapêuticas no estado do Espírito Santo*, o décimo capítulo é de autoria de Fabiola Xavier Leal, Edineia Figueira dos Anjos Oliveira, Giovanna Bardi, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai e Lara da Silva Campanharo. As autoras analisam os gastos públicos com a política de saúde mental e drogas no estado do Espírito Santo.

O capítulo onze denomina-se *comunidades terapêuticas no Poder Legislativo Fluminense*, de Dayana Rosa Duarte Moraes e Martinho Braga Batista e Silva. Os autores realizam reflexões acerca das portarias e leis federais que abordam a política sobre drogas, e sobre a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) e a Frente Parlamentar em âmbito estadual que atuaram na CPI do *Crack*, momento em que se defendia a internação compulsória no Brasil. Afirmam que as normativas expressam o trato proibicionista dado ao tema da droga, viabilizando o modelo asilar, religioso e abstinência das Comunidades Terapêuticas.

O décimo segundo capítulo, *A Política de Atenção a Usuários Substâncias Psicoativas em Dois Contextos Subnacionais: DF e município do Rio de Janeiro*, de Maria Paula Santos, Roberto Pires, Beatriz Brandão e Luiza Rosa apresenta uma análise acerca da implementação da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Distrito Federal e no município do Rio de Janeiro através de uma pesquisa qualitativa nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPs Ad) e Unidade de Acolhimento (UA) dos referidos territórios. A pesquisa revela distinções no processo de implementação das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro e no Distrito Federal com destaque para a não associação entre CAPs Ad e CT's, em um contexto em que o financiamento para as CT's é superior ao do CAPs Ad.

O último capítulo desta coletânea, intitulado *Saúde mental, drogas e comunidades terapêuticas no município do Rio de Janeiro* é de autoria de Tathiana Meyre da Silva Gomes, Rachel Gouveia Passos, Giulia de Castro

Lopes de Araujo e Jéssica Farias de Souza. As autoras indicam o desmonte da política de saúde mental, álcool e outras drogas como uma das táticas para o processo de privatização não clássica (GRANEMANN, 2011) na saúde mental carioca.

O texto apresenta ainda o mapeamento das CT's no referido município, indicando algumas características destas instituições na cidade do Rio de Janeiro. Ganha destaque no capítulo o estudo realizado sobre o financiamento das CT's no município do Rio de Janeiro demonstrando que a partir do ano de 2019 tem-se um aumento de destinação de recursos públicos para as CT's em detrimento dos CAPs Ad.

Espera-se que as produções acadêmicas aqui organizadas contribuam para adensar o debate da política sobre drogas favorecendo a compreensão sobre o fenômeno de espraiamento das comunidades terapêuticas, instituições diversas, heterogêneas e complexas. Os artigos que compõem a presente coletânea apresentam-se igualmente complexos e heterogêneos, constituindo-se num rico material para compreensão destas instituições em diferentes países e, em particular no Brasil, lançando luz sobre o seu papel no cenário atual de contrarreforma psiquiátrica. Trata-se de uma produção rica, atual e instigante que nos convoca a reflexões cruciais e acentuam a importância em manter a convicção nos princípios ético-políticos que subjazem a perspectiva da Redução de Danos e a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Por fim, a obra destaca-se pela densidade crítica e política, pelo qual agradecemos aos autores que aceitaram compô-la da organização desta obra.

Organizadores:

Tathiana Meyre da Silva Gomes

Rachel Gouveia Passos

Tiago Braga Espírito Santo

Juliana Desiderio Lobo Prudêncio

## Referências

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? *In*: ALEMEIDA, A. R. B. *et al.* (org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EdUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

BRASIL. **Lei n. 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 04 nov. 2021.

FIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas**: o paradigma proibicionista e as alternativas. São Paulo: Novos estud. - CEBRAP, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 02 nov. 2021.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. **Cadernos de Saúde**: políticas sociais, saúde e participação na atualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.





# CAPÍTULO 1

## COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A REMANICOMIALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Juliana Desiderio Lobo Prudêncio<sup>1</sup>

Luana da Silveira<sup>2</sup>

### 1 Introdução

A construção de práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas traz para o debate a relevância da compreensão acerca dos processos constitutivos de uma agenda política que busque romper com o ditame repressivo à droga e aos seus usuários, considerando seu pertencimento racial, de classe e de gênero. É nos anos de 1980 e 1990 que o debate da atenção à repressão às drogas e às pessoas usuárias — até então entendidas apenas como usuárias de substâncias ilícitas —, ganha voz, corpo e movimento para a entrada deste tema, mais tarde, na política de saúde.

O cenário apresentado ao longo desses anos determina o papel da Justiça e Segurança Pública no campo, mas também convoca trabalhadores e estudiosos da política de saúde, que militam em defesa da saúde pública, a necessidade de se pensar o lugar do usuário de drogas como sujeito das ações em saúde pública. A compreensão da atenção necessária ao usuário de drogas vem sendo desenhada desde então e incorpora serviços, instituições e assistências que podem ou não coadunar com as ideias centrais propostas pelo seguimento mais progressista do debate neste campo.

<sup>1</sup> Assistente Social, Doutora em Política Social pela UFF-Niterói e Docente do Departamento de Serviço Social – UFF Campos. Correio eletrônico: julianalobo@id.uff.br

<sup>2</sup> Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela UERJ e Docente do Curso do Departamento de Psicologia – UFF Campos. Correio eletrônico: luanadasilveira76@gmail.com

A compreensão acerca da estratégia de redução de danos como caminho para a construção do cuidado em saúde e social dos sujeitos que fazem usos de drogas ganha espaço no debate a partir dos anos de 1990 e assim adentra a agenda pública para a construção do cuidado em saúde. A estratégia de redução de danos marca a possibilidade de compreensão sobre os usos de drogas pelos usuários e as equipes de cuidado, pois se trata de uma compreensão que considera a historicidade dos comportamentos ditos de risco em determinado período e os reconhece como questão de saúde pública.

Entretanto, cabe destacar que a aproximação com tal estratégia não garante que as ações dos serviços, instituições e assistências prestadas a esta população refreiem lógicas e ações híbridas que, apesar de instituir a redução de danos, mantém práticas proibicionistas que reificam a internação em instituições manicomiais, como podemos destacar as comunidades terapêuticas (CT's), foco do presente artigo.

Torna-se urgente o debate sobre a remanicomialização da reforma psiquiátrica, que tem a CT como um dispositivo central para usuários de drogas nos últimos anos, especialmente para o enfrentamento da suposta epidemia de *crack*, constituindo um novo regime de visibilidade agenciado pelos dispositivos jurídico-psiquiátricos com fundamentação moral-religiosa. Em defesa da sociedade contra o novo inimigo social, as CT's aplicam ações de internação e segregação de certos grupos, evidenciando seu caráter totalitário, discriminatório, misógino e racista.

## 2 Comunidade Terapêutica no Brasil

A possibilidade de oferta de tratamento para as questões que se referem ao campo das drogas ilícitas ganha espaço no Brasil a partir dos anos de 1970, com referências estadunidenses e inglesas. Tais referências inauguram o que se entende por comunidades terapêuticas com as seguintes características: nos EUA, tem-se como campo de intervenção desde os finais dos anos de 1940, sob ações de cunho moral de base religiosa/cristã através do Movimento de Oxford; já a referência inglesa é constituída através da busca pela humanização dos hospitais psiquiátricos e a inserção de atividades terapêuticas grupais com abordagem educativa e teatral nos manicômios.

As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960 (DAMAS, 2013, p. 52).

No entanto, a leitura sobre os ideários que circunscrevem os caminhos que motivaram o início das comunidades terapêuticas (estadunidenses e inglesas) auxiliam na compreensão da base do surgimento das brasileiras. Sendo assim, segundo Lima (2016), observa-se uma influência direta dos ideários estadunidenses na formatação e experiência brasileira, ou seja, a base moral que irradia as comunidades terapêuticas no Brasil vem do lugar da religiosidade cristã como caminho para se atingir a cura contra o “vício” pela droga.

A incorporação da religiosidade cristã na rotina das comunidades terapêuticas apresenta-se como um forte princípio moral para sua existência, seguida do trabalho e da disciplina. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) lançou, em 2017, a Nota Técnica de n. 21 intitulada “O perfil das comunidades terapêuticas brasileiras”, e nela apresenta que:

O modelo de cuidado proposto pelas CT's ancora-se em três pilares — a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade —, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e sócio-assistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas —, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral (IPEA, 2017).

O estudo do Ipea (2017) sinaliza que o espaço rural é o mais comum para a implementação das comunidades terapêuticas com a garantia de um espaço amplo, em torno de 1.001m<sup>2</sup> a 50.000m<sup>2</sup>, para a realização

de atividades e dormitório, assim como o distanciamento territorial que possibilite o isolamento dos usuários de álcool e outras drogas (isolamento da família, amigos e das drogas). Tais instituições também possuem como marca de que 41 % das pesquisadas são de orientação pentecostal e 26 % são católicas, o que afirma a lógica da moral cristã nas comunidades terapêuticas brasileiras, “configurando-se num campo em que as igrejas procuram realizar suas obras de moralização e transformação de subjetividades” (IPEA, 2017). Cabe pontuar, ainda, que a nota justifica que as comunidades que não possuem bandeira religiosa, ainda assim realizam intervenções com este trato e que muitas têm denominações cristãs.

O trabalho forçado como “laborterapia” apresenta o caminho para o trabalho não remunerado e a manutenção da comunidade terapêutica pelo usuário de droga, e em alguns casos análogo ao trabalho escravo. A laborterapia também é utilizada como justificativa para a disciplina pelo trabalho e não contratação de recursos humanos para o funcionamento da instituição, como afirma Passos *et al.* (2020). Não obstante, a ideia da abstinência total como única forma de tratamento e violação de direitos humanos como primado institucional.

O surgimento das comunidades terapêuticas brasileiras se dá em meio à Ditadura Militar, período em que a política de saúde primava pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico. Segundo Cavalcante (2019), a função desde modelo aliada ao isolamento e abstinência às drogas, possibilitou o casamento perfeito para o enraizamento das comunidades terapêuticas no Brasil. No entanto, é apenas em 2001 que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reconhece as instituições não governamentais e residenciais que fazem intervenções aos usuários de drogas como comunidades terapêuticas.

No mesmo contexto, tais instituições buscam padronização da assistência e, ainda, o Ministério da Saúde luta pela tônica do cuidado aos usuários de drogas pela estratégia de redução de danos, como aponta Cavalcante (2019). Ou seja, os anos que seguem são de profundos tensionamentos para as comunidades terapêuticas no que tange a sua existência, oposições, inserções na rede de saúde e denúncias de violação de direitos humanos, com forte financiamento público.

Com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outra Drogas (PAIUAD) apresentam-se os caminhos

para o cuidado de usuários de drogas sobre a perspectiva da estratégia de redução de danos, em defesa pela vida e sobre a ótica do cuidado no território, localizando no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), inscrito como serviço do Sistema Único de Saúde, apropriado para a construção do cuidado em rede de saúde aos usuários de álcool e outras drogas. Tendo o CAPS ad, neste momento, o papel de ordenador na rede de cuidado.

A PAIUAD, apesar de reconhecer o avanço das comunidades terapêuticas em números no Brasil, como meio de atenção ao campo da droga, não incorpora e não reconhece a referida instituição como espaço de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e ainda, no texto da política, faz uma crítica severa, a seguir:

De outro lado, o vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de “Comunidades Terapêuticas”. Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários (PAIUAD, 2003, p. 46).

A construção do cuidado aos usuários de drogas, pensado ‘pós-anos’ 2000, localiza a estratégia de redução de danos como único caminho para a produção de cuidado em saúde, inscrito na saúde pública. E com isso, a defesa pela vida através de uma terapêutica cuidadosa, emancipatória e cidadã, tendo como mirante o reconhecimento do usuário de álcool e outras drogas como um sujeito integral e de direitos. Outras alternativas a estas não cabem a este campo de análise e deslocam-se para o campo do proibicionismo às drogas, abstinência total e de fortalecimento das comunidades terapêuticas, logo, não coadunando com a perspectiva do Ministério da Saúde. Uma vez que:

Tratava-se de adotar uma política coerente com o discurso antidrogas ou de inaugurar uma outra proposta política, focada não na droga, mas na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública brasileira (MACHADO, 2006, p. 85).

Neste cenário, cabe destacar que algumas iniciativas surgiram como caminhos para disseminação da estratégia de redução de danos a partir da PAIUAD, tais como: Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; Consultório na Rua; Centros de Atenção Psicossocial (Ad e Infantil); Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD); dentre outros (PRUDENCIO, 2019). Todavia, o fortalecimento político das CT's se deu no mesmo período da expansão da rede de saúde mental no país, que rompeu com a orientação monópteraêutica da abstinência total" (CAVALCANTE, 2019, p. 252).

A partir da lógica do cuidado em rede e a compreensão de um cuidado que extrapole a atenção em redes de saúde, proposto pela PAIUAD, que olha a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como rede temática no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, se faz urgente. Sobretudo na sua constituição nos anos de 2011 e na sua destruição no pós-2017. A rede de atenção psicossocial foi instituída em 2011, através da Portaria n. 3.088/2011, e através dos seus pontos de atenção apresenta os componentes a seguir: Atenção Básica de Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial. As comunidades terapêuticas são localizadas como componente da RAPS em Atenção Residencial de Caráter Transitório, entendendo que:

Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A inserção das comunidades terapêuticas na RAPS apresenta *um tiro no pé* na proposta da política do Ministério da Saúde que orienta a redução de danos como estratégia em defesa da vida e promoção do cuidado em rede de saúde, pois abre a possibilidade para a abstinência total, a religiosidade e a laborterapia transitar pela atenção aos usuários de álcool e outras

drogas dentro dos serviços públicos de saúde como alternativa de cuidado e reforço do financiamento público.

Diante disso, a leitura política possível é que o tensionamento causado pelo crescimento das comunidades terapêuticas no Brasil, neste contexto, trouxe disputas no centro do financiamento da atenção psicossocial, que localiza a emboscada imposta à convocação às comunidades terapêuticas como um possível espaço de atenção inscrito na RAPS de 2011. Ao passo que, como aponta o Ipea (2017), chegamos a 2016 com um total de duas mil comunidades terapêuticas no Brasil, ganhando espaço da atenção e disputando junto aos CAPS ad.

Cabe pontuar que, até o período histórico, social e político aqui em destaque, as comunidades terapêuticas disputavam com as iniciativas do Ministério da Saúde, em um contexto em que os ideários da Reforma Psiquiátrica no campo da droga ganhavam espaço para a disseminação da estratégia de redução de danos, como aponta Gomes (2017, p. 57):

Dados do Ministério da Saúde referente ao período compreendido entre os anos de 2002 e 2014 informam um expressivo crescimento da rede de atenção psicossocial. Em 2002, o país contava com um quantitativo de 424 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), passando para 2.209 no ano de 2014, o que representa um aumento de mais de 500 %.

Entretanto, o discurso construído acerca do uso de drogas, especialmente do *crack*, na última década, promove a ruptura e desvio dos ideais da Reforma Psiquiátrica. A suposta epidemia do *crack* é marcada pelo apelo da gravidade e urgência em tratar/punir o usuário, que é tratado como perigoso e capaz de cometer delitos e atos violentos para sustentar seu *vício*, sem autocontrole e incapaz de gerir sua própria vida.

Assim, promove o aumento das estratégias segregacionistas, punitivas, que evidenciam a prescrição-sentença entre punição-tratamento-punição. O que corresponde à demanda higienista/segregacionista, em defesa da segurança e saúde pública e individual. A internação (voluntária, involuntária ou compulsória) é colocada como a principal estratégia, o que corrobora com a expansão das comunidades terapêuticas.

### 3 Retrocessos na Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Institucionalização da Comunidade Terapêutica

O processo de expansão das CT's denota uma mudança política, subjetiva e discursiva, pela qual reaparece politicamente uma lógica de enclausuramento e exclusão que encarna tanto no manicômio enquanto instituição, como também em práticas que constroem assujeitamentos, inclusive nas redes de cuidado que deveriam ser substitutivas. Torna-se crucial problematizar as lógicas pelas quais essas práticas, discursos e modos de subjetivação e compreensão sobre o cuidado em saúde mental estão no centro da política brasileira, através da análise das forças que constituem a gênese da lógica manicomial que não se extingue com a reforma psiquiátrica, marcadamente um modelo híbrido ou alternativo.

A análise das forças que produzem a contrarreforma e os seus efeitos no campo das drogas pode ter como marco a portaria da RAPS, com a entrada das CT's como dispositivo residencial de cuidado à usuários de drogas. Esse cenário é visível, principalmente, a partir de 2016, com diversos ataques e desmontes nas conquistas alcançadas pelo movimento da luta antimanicomial, desde 1987, provocados pelo neoliberalismo, pelo conservadorismo da psiquiatria e reivindicação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) pelo modelo médico-centrado, e pela ascensão política das religiões cristãs, sobretudo da bancada evangélica. Colocar em análise a tríade psiquiatria-religião-neoliberalismo permite compreender as forças reacionárias e anti democráticas vigentes.

A virada conservadora e reacionária da ABP, responsável pela psiquiatria enquanto força manicomial vem desde 2006, em um documento chamado *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. Neste documento, a ABP criticava o modelo de cuidado antimanicomial por um suposto “caráter ideológico” e “exclusão do médico” (ROSA; FEITOSA 2008 *apud* GUIMARÃES; ROSA, 2019). Contudo, é desde o governo Temer e Bolsonaro, que a ABP ganha força política nos governos, tendo se associado com propostas de contrarreforma, adentrando espaços estratégicos em diversos ministérios.

Destaca-se a participação de Quirino Cordeiro, entre 2017 e 2019, como coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, quando trabalhou na construção da nova Política Nacional de



Saúde Mental e das mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. No mesmo período, foi membro do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), do Ministério da Justiça. Quirino Cordeiro questionou diversas vezes a eficácia dos CAPS, afirmando que os frutos colhidos pela política de saúde mental anterior são incabíveis, atribuindo a suposta ineficácia ao elevado aumento dos índices de suicídio, de pessoas em situação de rua e de usuários de drogas, especialmente de *crack*, e a ampliação das denominadas “cracolândias”.

Importante ressaltar que durante a sua gestão nenhum dispositivo de saúde mental foi habilitado e que a publicação anual “Saúde Mental em Dados”, teve a última produção em 2015. Com o monopólio de informações e apresentação restrita de dados, há uma cortina de fumaça sobre a distribuição dos recursos da RAPS, que foram alocados para as comunidades terapêuticas (GUIMARÃES; ROSA, 2019). O que as autoras apontam é o caráter ideológico manicomial e proibicionista que marca a gestão de Quirino e de modo algum respaldado cientificamente e em desacordo com as experiências e políticas internacionais, que apontam a eficácia da descriminalização, liberalização de drogas e a redução de danos como estratégia de cuidado.

Com a portaria 3.588/2017, GM/MS foi viabilizado um refinanciamento dos hospitais psiquiátricos, recursos públicos destinados a comunidades terapêuticas, como reajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos conforme o seu tamanho, contraponto às recomendações internacionais e do processo brasileiro de redução de tamanho dos hospitais iniciado no início do século XXI, que se mostrou eficaz, e nos arremessou, com uma canetada, ao século XIX (ONOCKO-CAMPOS, 2019). O proibicionismo retorna na Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em 2018, e com a eleição de Bolsonaro gestores de CT's são convidados para reuniões com a equipe de transição do governo para a parceria destas na PNAD (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Outro associado honorário da ABP, que vem contribuindo com a guinada conservadora e reacionária, é o Osmar Terra, ex-ministro da Cidadania e Ação Social. Crítico da descriminalização do consumo de drogas, em 2016, foi autor de um projeto de lei para o aumento da pena para tráfico e internação compulsória de usuários. A primeira intervenção de Osmar Terra afetou diretamente o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Com o argumento de que o órgão estaria dominado por um pensamento

ideológico pró-legalização, teria determinado que a abstinência como melhor opção para a política nacional sobre drogas. Em uma postura claramente anticientífica, engavetou uma pesquisa que vinha sendo realizada pela Fiocruz, em maio de 2019, que revelava que uma epidemia de drogas era uma falácia (FURLANETO, 2019).

A entrada de associados da ABP nos governos de Temer e Bolsonaro evidenciam que a psiquiatria é uma força que ainda sustenta o manicômio. Como especialidade médica, é criadora e criatura do hospital psiquiátrico que, contraditoriamente, deixou de ser ponto de atenção com a portaria da RAPS, para ser ponto de desinstitucionalização, e permitiu a entrada das CT's. O lugar da psiquiatria ganha legitimidade por ser representativo de um discurso com uma roupagem científica para a exclusão da população em vulnerabilidade, intensificada pelos marcadores de gênero, raça e classe.

Desde o governo Bolsonaro sabemos que a disputa de modelo de atenção tem sido mais acirrada e desproporcional, com retrocessos notórios em pouco tempo. No dia 02 de janeiro, segundo dia do governo, surge a crítica aos CAPS ad e à redução de danos como método de intervenção, e em fevereiro é lançada a “Nova Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas”, com enfoque manicomial e proibicionista, apontado o seu descompromisso com o modelo que foi definidor de uma relevante reorientação nas terapêuticas de caráter asilar.

A Nota Técnica, n. 11/2019, cita a internação de crianças em hospitais psiquiátricos, o financiamento público de aparelhos de eletroconvulsoterapia, centralidade da psiquiatria e deixa de considerar a RAPS como serviço substitutivo e, portanto, deixando de fomentar o fechamento de hospitais psiquiátricos (GUIMARÃES; ROSA, 2019). A gestão no governo Bolsonaro culmina, em fins de 2020, primeiro ano da pandemia pela covid-19, no famigerado “revogaço” em saúde mental, no qual o governo apresentou a proposta de revogação de mais de cem portarias que diziam respeito ao tratamento antimanicomial, editadas entre 1991 e 2014.

O processo em curso nos últimos anos de remanicomialização com a proposta do “revogaço” não deixa dúvidas quanto ao retorno do modelo asilar-hospitalocêntrico, como tratamento central dado aos usuários da rede pública, e as CT's como modelo de atenção aos usuários de drogas. O movimento provocado por entidades civis, acadêmicas e políticas, com ampla divulgação nas mídias, em defesa da reforma psiquiátrica, fez com que Bolsonaro “desistisse” temporariamente do revogaço. Considerando que a

proposta do “revogaço” também é sustentada pelo bolsonarismo que vem sendo gestado pelo apoio religioso, cuja presença destas na saúde mental não aparece apenas em seu governo, mas aumenta exponencialmente.

A força da religião como base do bolsonarismo tem forte expressão no campo das drogas com as CT's na centralidade que, como visto anteriormente, em sua maioria são religiosas. O que enseja a urgência de compreender o capital político religioso que gerou o deslocamento do lema “crente não se mete em política”, que pautava a exclusão da participação políticas dos pentecostais pela crença de que essas atividades eram mundanas e demoníacas, para o lema “irmão vota em irmão” (MARIANO, 2011).

Esse deslocamento explicita a missão pentecostal em busca da defesa de seus interesses institucionais e seus valores morais, elegendo como inimigos os católicos, LGBTQIA+, “macumbeiros” e feministas na elaboração da carta magna. de acordo com Mariano (2011), se por um lado a Assembleia Nacional Constituinte simbolizou a redemocratização do país e a laicidade, por outro inaugurou um vertiginoso ativismo pentecostal na política. Assim, contraditoriamente, vem sendo caracterizado por pautas combativas no Congresso Nacional como a descriminalização do aborto e do consumo de drogas, a união civil de homossexuais e a “imoralidade, de defender a moral cristã, a família, os bons costumes, a liberdade religiosa e de culto e de demandar concessões de emissoras de rádio e tevê e de recursos públicos para suas organizações religiosas e assistenciais” (PIERUCCI, 1989; FRESTON, 1993 *apud* MARIANO, 2011, p. 250). Movimento esse que gerou a concorrência religiosa com os católicos, que ampliaram sua participação política e midiática, resultando no acirramento da disputa na esfera pública e contribuindo para a não laicização do estado e garantia de ampliação do poder religioso.

Nesse cenário em disputa, a bancada evangélica aumenta. Em 2018, com 84 deputados, contribui para a eleição de Bolsonaro, com o lema “Deus acima de tudo, Brasil acima de todos”, que também contou com o apoio católico. No segundo ano de governo, em maio de 2020, o Presidente se reuniu com lideranças das mídias católicas para discutir o apoio do governo às mídias televisivas desta religião. Nesta reunião, se declara católico e se dispôs a viabilizar a ampliação dos canais de rádio e TV, tendo provocado discussões dentro das camadas superiores da igreja, como uma reunião da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) para discutir o caso.

Apesar de divergências também terem sido noticiadas à época, reúne-se na figura de Bolsonaro um amplo apoio cristão de forças que anteriormente disputavam poder entre si.

Acerca do apoio cristão ao presidente, Fabio Py (2020a; 2020b), docente da UENF, colunista do jornal *Mídia Ninja* e do Instituto Humanitas, da Unisinos (IH) tem debatido sobre a existência de uma tecnologia de governança bolsonarista, sustentada pelo mito do “governante ungido por Deus”, constituída por trinta e um segmentos católicos, pentecostais e protestantes. Destacam-se lideranças mais polêmicas, como do pastor pentecostal Silas Malafaia, , a segmentos protestantes que, historicamente, tem boa reputação no Brasil, como o pastor batista Josué Valandro Junior, que tem sido responsável por realizar unções ao presidente, ao compará-lo ao Rei Davi: “o homem que Deus ungiu para ser o maior rei da história não era perfeito, nenhum de nós tem a pretensão de ter um Presidente perfeito, mas a Bíblia disse que Deus conhece o coração”.

Para Fabio Py (2020a; 2020b), o mito cristão de Bolsonaro tem como marco a fachada que recebeu na campanha eleitoral de 2018 e da qual teria ficado vivo por um *milagre* para guiar a nação. Na Páscoa de 2020, esse advento foi como a trajetória da ressurreição de Cristo nos encontros virtuais do Presidente com lideranças religiosas. O autor nomeia como *Cristofascismo* esta governança bolsonarista que se ancora no apoio religioso, recuperando o termo da teóloga alemã Dotrothee Sölle (1929-2003). Em momentos de crise política, característicos de seu governo, o Presidente realiza apelo aos cristãos por jejuns e orações, favorecendo a sua popularidade.

A dinâmica religiosa de governança bolsonarista do cristofascismo permite entender o crescimento vertiginoso das comunidades terapêuticas dentro da saúde mental, pela importância política, econômica e subjetiva. O atrelamento religioso ao tratamento em saúde mental é histórico e, como nos advertiu Foucault (2005), as religiões enfocaram na caridade como modo da pobreza/loucura atingir a divindade, através de uma dialética da humilhação e da glória nas instituições religiosas para curar através da salvação do mal, representado pelo pobre, louco, bêbado, prostituta, entre outros.

Considerando as contribuições foucaultianas, o usuário de drogas no contexto religioso nas comunidades terapêuticas é o “mal-pobre”, a figura

do anormal. O que permite entender o tratamento moralizante e disciplinar em busca de transformá-lo em um bom cristão. Aqueles que recusam o tratamento espiritual são considerados como ingratos diante da oferta de ajuda e caridade, sendo punidos com o trabalho, a “laborterapia” que remonta os tratamentos morais do século XVIII. Regida por uma ética do trabalho para condenação do ócio e correção, viabiliza a transformação do trabalho da pobreza em lucro, utilizando a força de trabalho não remunerada de pessoas em privação de liberdade, e subsidiando o financiamento das instituições, processo que pode ser considerado como análoga à escravidão, como apontado no relatório de inspeção (CFP, 2017).

Aliada ao tratamento espiritual e laborterapia, a abstinência é parte do tripé do tratamento oferecido pelas CT's, evidenciando o poder médico-jurídico no controle do uso de droga, o que já vinha se constituindo desde as primeiras décadas do século XX. A abstinência se constitui num agenciador do regime discursivo que sustenta a necessidade de Internação Compulsória, embora esteja previsto que as internações sejam voluntárias.

Outro fato que merece atenção é que a medicalização de usuários e usuárias de drogas tem sido gestada pela associação do uso de droga com a periculosidade, servindo como alibi para a internação como suposta proteção contra si e em defesa da sociedade. O reducionismo da pessoa que usa drogas ao atrelamento de drogada/perigosa/delituosa/criminosa/pecadora, torna compulsório o seu lugar na saúde, sendo convocada a falar e assumir o lugar de arrependida e comprometida a parar de usar drogas, a “ficar limpa”, em que a lógica da abstinência é parte do ideal de um mundo livre das drogas.

Ancorada no proibicionismo, a abstinência contribui para a polarização entre lícito e ilícito e suas inevitáveis contradições. Torna-se a um só tempo lei e diretriz clínica-psiquiátrica, para além de norma moral religiosa, da castidade em relação aos prazeres da carne, como expressa na Lei de Entorpecentes 6.368, de 1976 (AZEVEDO; SOUZA, 2017). Tornar-se abstinente é parte da pena por ser usuário de drogas, já que a própria psiquiatria definiu a dependência química como uma doença crônica incurável, uma doença ilícita, o que favorece para a imagem estereotipada do usuário, como aquele responsável pelo fortalecimento do tráfico de drogas ilícitas.

Para isso, de acordo com Azevedo e Souza (2017), foi necessário construir um regime de visibilidade que expressasse, a partir dos usuários de

drogas em situação grave, focando naqueles que se encontram na rua, a sarjeta e a miséria como foco de visibilidade definidora de uma verdade sobre os riscos do consumo de drogas. Avançando a proposta de atenção em regime fechado, por tempo prolongado e involuntário, pautada no argumento de que os sujeitos alvos dessa ação ou estão à margem da sociedade ou são impossibilitados de se adaptar à vida em sociedade, segundo critérios e padrões estabelecidos.

O fenômeno do *crack*, afirmam os autores, constitui um novo regime de visibilidade que expressa a emergência por intervenções autoritárias, através da aliança entre justiça e psiquiatria na construção das sociedades de normalização e na ampliação e intensificação do biopoder e suas implicações no contexto brasileiro. A interface entre direito penal e psiquiatria, é um analisador da transição entre um regime estritamente disciplinar para um novo regime de normalização, em que a justiça tem uma função terapêutica via internação compulsória e a medicina uma função punitiva, corretiva.

A internação compulsória nas comunidades terapêuticas emerge como um dispositivo normalizador, atrelando uma força disciplinar sobre os corpos a um poder de fazer viver, de normalização que se exerce na medida em que se promove a saúde. O fenômeno do *crack* é apontado como signo da falência da Reforma Psiquiátrica e alibi para reativar um modelo público de atenção asilar e, a partir de um novo agenciamento entre psiquiatria e justiça, modificar as bases legais da saúde mental.

A psiquiatra penal, com o discurso científico, ganha *status* de verdade e domínio. A partir do laudo, condena-se mais o comportamento do que o ato considerado delituoso em si, que é ter um estilo de vida moralmente condenável, com os comportamentos desviantes sendo avaliados como doença e propensão ao crime. Condena-se a redução de danos e espaços comunitários e abertos de cuidado por estarem associados à democracia e à liberdade, que estão associados ao comunismo, eleito como inimigo de governos autoritários e capitalistas.

O que implica analisarmos o sistema capitalista com uma das forças que atravessa a psiquiatria e a religião, com suas lógicas de coerção e controle. A gênese das instituições de internação é a mesma que a do capitalismo, são efeitos da renascença e contemporâneos a esta. Foucault (2005) nomeou de “sociedade disciplinar”, em que a disciplina tem a função de docilizar corpos para serem úteis economicamente e submissos politicamente.

Em contextos de crise, o aumento de pobres na Europa correspondeu à expansão das casas de internamento. É possível atualizar o pensamento foucaultiano para análise do contexto brasileiro, em 2016, no qual o Brasil incorre em uma grave crise econômica e política, com o golpe sofrido pela presidenta Dilma, que dá as margens para a remanicomialização, utilizando a terminologia proposta por Guimarães e Rosa (2019)

Neste contexto, intensifica-se, portanto, lógicas e práticas higienistas e totalitárias, com o discurso do risco à saúde, buscando a comoção e o convencimento da sociedade dita “normal” e em pânico diante daqueles considerados como improdutivos e vagabundos, que precisam ser internados para a salvação de todos. Salienta-se que o processo de patologização e criminalização do usuário de *crack*, que resulta na internação compulsória, vêm sendo desvinculado do contexto da Lei n. 10.216/01 que tem sido utilizada para justificar a internação de usuários de drogas, contrariando a tentativa progressista contida em sua origem.

#### 4 Considerações Finais

É desde 2016 que ocorrem os maiores ataques à reforma psiquiátrica brasileira, o que requer a retomada da análise dos governos, demarcando a dimensão econômico-política desses retrocessos devido à agenda neoliberal. Em 2017, na posse do Presidente Michel Temer, a portaria n. 3.588/GM/MS trouxe um retorno do financiamento dos hospitais psiquiátricos e substancial apoio às comunidades terapêuticas.

Já em 2018, ocorreu por meio de uma resolução CONAD n. 1/2018 na política nacional sobre drogas, alterações lideradas por Osmar Terra, que desqualificavam as práticas de redução de danos e preconizavam a abstinência. Além disso, aumentou o financiamento dado às comunidades terapêuticas. Houve um aumento de 100 % no volume de recursos inicialmente previstos para o Edital n. 01/2018 SENAD, que eram R\$ 37 milhões, devido à adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. Esse valor passou a ser mais de R\$ 87 milhões, assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Na posse de Bolsonaro é dada continuidade às contrarreformas na saúde mental brasileira e em fevereiro de 2019 ocorreu a Nota Técnica de n. 11/2019 que, como visto, mudou as diretrizes da política de saúde

mental, recolocando o hospital psiquiátrico como parte fundamental da Rede de Atenção Psicossocial, que não seria mais substitutiva; e o repasse de verbas para comunidades terapêuticas passou de 153,9 milhões em 2019 para trezentos milhões em 2020. Segundo o Ministério da Cidadania, 74 % das entidades eram católicas ou evangélicas (SOARES, 2020).

O tripé do tratamento nas comunidades terapêuticas – religiosidade, laborterapia e abstinência —, é atravessado por práticas violadoras de várias formas, de violência física, de privação de sono, de isolamento e de confinamento, que visam reformar os indivíduos por meio da evangelização. Recusar-se a sujeição torna os internos “maus pobres”, bêbados, vagabundos, alienados que merecem as punições aplicadas. Com o apoio financeiro estatal e sendo muitas vezes divulgadas por entidades religiosas de regiões periféricas e sem acesso às políticas públicas, as comunidades terapêuticas acumulam uma crescente relevância na remanicomialização brasileira.

A nota técnica de 2019 é um marco da remanicomialização brasileira, desvaloriza os desenvolvimentos científicos e práticas substitutivas e antiproibicionistas. A centralidade das políticas manicomialis no Brasil revela o avanço da agenda neoliberal, do cristofascismo enquanto uma nova direita política em 2018.

A intensificação das forças conservadoras psiquiátricas contrarreforma, com os expoentes Quirino e Osmar Terra, desenham um cenário de remanicomialização que escancara a indústria lucrativa da saúde mental sob véu moral-religioso, enquanto um desdobramento de uma moralização radical da pobreza e da inutilidade/produtividade. O capitalismo regido pelo imperativo do trabalho tem na psiquiatria o meio para essa normalização, e na religião o poder normativo de colocar a pobreza em uma posição de subalternidade em prol da caridade e da ordem, cujo confinamento nas comunidades terapêuticas é justificado pela patologização e criminalização dos usuários. A tríade, mesmo que em disputa de poder, coexiste no Brasil e sustenta a remanicomialização. Trazer essa multiplicidade de forças que permitem uma lógica manicomial visa colocar em análise as estruturas sociais que produzem subjetividade e podem produzir opressões das mais diversas.

A reforma psiquiátrica brasileira vem questionando a laborterapia desde os primórdios, propondo a substituição dos princípios de ocupação de tempo e controle dos corpos e normatização por perspectivas que



objetivam aprimorar a formação e acesso ao trabalho para geração de autonomia e renda (CFP, 2017).

O contexto da pandemia, marcado pela maior crise sanitária e política do séc. XXI, escancara a desigualdade socioeconômica. A perspectiva foucaultiana de que diante de um contexto de crise, as casas de internamento retomam sua força, nos coloca um novo desafio diante da pandemia, em que a internação é álibi de cuidado, da proteção da saúde e dar condições de alimentação e moradia. A agenda neoliberal, que tem sucateado o SUS e o modelo substitutivo em saúde mental, encontra na CT o dispositivo contrarreforma, permitindo o lucro do setor privado com práticas violadoras de direitos humanos.

## Referências

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. de P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/T78xrxYK8j4bBYXDPSZWXvR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único Saúde. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília (DF), n. 251, p. 59, 30 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm). Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAVALCANTE, R. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. *In*: VACONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2019. p. 245-308.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas** - 2017. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <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>. Acesso em: 25 nov. 2021.

DAMAS, F. B. comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 6, n. 1, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140376>. Acesso em: 19 nov. 2021.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRESTON, P. **Protestantes e política no Brasil**: da Constituinte ao impeachment. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 1993. Disponível em: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1342131>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FURLANETO, A. Ministro ataca Fiocruz e diz que “não confia” em estudo sobre drogas, engavetado pelo governo. **O Globo**, [s.l.], 28 maio 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministro-ataca-fiocruz-diz-que-nao-confia-em-estudo-sobre-drogas-engavetado-pelo-governo-23696922>. Acesso em: 19 nov. 2021.

GOMES, T. M. S. Reflexões sobre o Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil Neoliberal. In: DUARTE, M. J. O; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S (orgs.). **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 51-66.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf). Acesso em: 19 nov. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Perfil das comunidades terapêuticas. **Nota Técnica**, n. 21, 2017. Disponível em: [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: 31 out. 2021.

LIMA, R. C. C. comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. D. E. (orgs.). **A problemática das drogas contextos e dispositivos de enfrentamento**. Pernambuco: EdUFPE, 2016. p. 65-71.

MACHADO, A. R. **Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e outras Drogas na Agenda da Saúde Pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação

em Saúde Pública. Universidade de Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECJS-6Y7K78>. Acesso em: 19 nov. 2021.

MARIANO, R. Laicidade à brasileira: católicos, pentecostais e laicos em disputa na esfera pública. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 11, n. 2, p. 238-258, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/9647>. Acesso em: 25 nov. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 01-05, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

PASSOS, R. G. *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 19 nov. 2021.

PIERUCCI, A. F. Representantes de Deus em Brasília: a bancada evangélica na Constituinte. **Vértice/Revista dos Tribunais**, São Paulo, p. 104-132, 1989. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000892256>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PRUDENCIO, J. D. L. **A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro**. 2019. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. Disponível em: <https://app.homologacao.uff.br/riuff/handle/1/23387>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PY, F. Nunca se viu um governo tão abençoado: fundamentos teológicos do bolsonarismo. **MidiaNinja**, [s.l.], 09 de outubro de 2020. Disponível em: <https://midianinja.org/fabiopy/nunca-se-viu-um-governo- tao-abençoado-fundamentos-teologicos-do-bolsonarismo/>. Acesso em: 19 nov. 2021.

PY, F. Os fundamentos teológicos do bolsonarismo. **Youtube**. Instituto Humanitas Unisinos, [s.l.], 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/>

watch?v=SY2eNW6n0po&t=3133s. Acesso em: 19 nov. 2021.

ROSA, L. C. S; FEITOSA, L. G. G. C. Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, jul.-dez. 2008. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Processo\\_de\\_Reestrutura%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_Reforma\\_da\\_Aten%C3%A7%C3%A3o\\_em\\_Sa%C3%BAde\\_Mental\\_no\\_Brasil\\_avan%C3%A7os\\_e\\_desafios.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Processo_de_Reestrutura%C3%A7%C3%A3o_da_Reforma_da_Aten%C3%A7%C3%A3o_em_Sa%C3%BAde_Mental_no_Brasil_avan%C3%A7os_e_desafios.pdf). Acesso em: 25 nov. 2021.

SOARES, G. Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95 %. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 01 nov. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/investimento-federal-em-comunidades-terapeuticas-sobe-95.shtml>. Acesso em: 25 nov. 2021.



# CAPÍTULO 2

## CONTRAREFORMA PSIQUIÁTRICA E AS MEDIDAS INFRALEGAIS PARA AMPLIAR O MERCADO DAS CTS

Ana Paula Guljor<sup>3</sup>

Leonardo Penafiel Pinho<sup>4</sup>

### 1 Introdução

**A** política de álcool e outras drogas, voltadas às pessoas que delas fazem uso problemático, no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, possui uma trajetória relativamente recente se a contextualizarmos historicamente nas políticas públicas de cuidado em saúde inaugurada a partir da Constituição cidadã de 1988. A formulação de políticas para álcool e outras drogas no contexto brasileiro sempre ocupou um espaço de intersecção entre a medicina e a justiça sendo, entretanto, suas ações “prescritas” pela última. Desde os primórdios da república o cenário internacional em relação ao uso de substâncias psicoativas exerce forte influência nos posicionamentos governamentais tanto na

<sup>3</sup> Psiquiatra. MSc. e PHd. em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS)/ENSP/FIOCRUZ. Coordenadora do curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial ENSP/FIOCRUZ. Comissão Permanente dos Direitos da População em Situação de Privação de Liberdade do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Correio eletrônico: anapaulaguljor@gmail.com

<sup>4</sup> Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e da Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários (Unisol Brasil), ex-Presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e do Conselho Municipal de Drogas de São Paulo (COMUDA) e ex-Vice Presidente do Conselho Estadual do Direito da Pessoa Humana (CONDEPE). Correio eletrônico: leopinho@unisolbrasil.org.br

compreensão sobre os usuários de drogas quanto nas políticas públicas adotadas. Deste modo, estas políticas se mantiveram na interface jurídico/criminal até os dias de hoje.

É fundamental compreender que o uso de substâncias psicoativas/drogas está presente desde os primórdios da história da humanidade. Antonio Nery (2012) em seu artigo Por que os humanos usam drogas? nos leva a uma reflexão que pode orientar as formulações de estratégias de saúde sobre o tema, “Usam drogas porque são humanos”, afirma. A partir desta análise tanto direta quanto profunda, a questão das drogas não se traduz por uma substância demoníaca que se apodera das almas frágeis dos humanos que dela se aproximam. Seus usos perpassam a religiosidade, a conexão com o divino, a recreação, as comemorações, mas também são formas de apaziguar o sofrimento ou de fugir de fantasmas e medos simbólicos e/ou concretos. O homem em sua trajetória estabeleceu uma relação paradoxal com estas substâncias psicoativas que podem gerar danos reais para uma parcela de seus usuários, mas que também é utilizada para aliviar seus conflitos internos. Para além do recorte subjetivo, a sociedade de vários modos construiu um imaginário social sobre o uso de drogas ao qual atribuiu uma relação estreita com o pecado, o desvio social e as paixões. Um debate atravessou os séculos: a concepção moral de seus usos orientados por um caráter desviante dos usuários. Este julgamento moral balizou a hegemonia das formas como a sociedade estabeleceu suas regras em relação ao tema e do mesmo modo como o Estado apresentou “respostas” aos tensionamentos gerados.

Este artigo busca contextualizar as políticas de saúde mental álcool e outras drogas, implementadas no país a partir da lei n. 10.216/01, como marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) discutindo o processo de Contrarreforma psiquiátrica como uma agenda estruturada. Partindo do pressuposto que através de uma articulação institucional e de subfinanciamento da rede de atenção psicossocial, além de forte investimento em dispositivos asilares, a contrarreforma busca desconstruir os avanços no campo da saúde mental e drogas em detrimento da garantia de direitos. Os Direitos Humanos e a participação social são os principais atingidos neste desmonte. Utilizaremos como objeto analisador as comunidades terapêuticas que na perspectiva dos autores resgata a lógica manicomial excludente e reverbera no século XXI a “indústria da loucura” (CERQUEIRA,



1984) estruturante da dinâmica dos hospitais psiquiátricos cujo ápice pode ser observado no período da ditadura militar brasileira.

## 2 Cenário Geral das Políticas de Drogas e Saúde Mental

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil se inicia com um movimento de contestação às violações dos Direitos Humanos dos usuários institucionalizados nos grandes hospitais psiquiátricos no país. Mais especificamente em 1978, um grupo de profissionais foi responsável por disparar um processo de questionamento das condições de trabalho a qual eram submetidos e, do mesmo modo, à violência desumana do tratamento dispensados aos “loucos” nas instituições que se propunham ao cuidado a esta população (GULJOR; AMARANTE, 2018). Este advento que culminou em uma greve nacional (a primeira no período da ditadura militar, antes mesmo da greve da SCANIA, liderado pelo movimento sindical) e uma ampla divulgação na mídia da época por oito meses consecutivos, teve como desdobramento a ampliação de uma luta setorial para um movimento social cunhado em 1987 como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este impulsionou o que se denomina o processo de Reforma Psiquiátrica que construiu ao longo das últimas quatro décadas uma diversidade de ações pautadas no cuidado em liberdade. Para além da transformação do modelo de cuidado, se propõe a uma ruptura com o paradigma manicomial e a mudança do lugar social da loucura. Podemos caracterizá-lo como um processo social complexo (AMARANTE, 2021, p. 17) que não está restrito a reorganização de serviços de saúde mental mas nas palavras do autor “[...] se trata de um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se retroalimentam e se complementam”. A RPB nas décadas de oitenta e noventa seguiu uma trajetória única se compararmos às Reformas no mundo.

O permanente diálogo, nem sempre amistoso, entre o movimento anti-manicomial e a implementação de políticas públicas, teve como importante advento a luta pela promulgação de uma lei nacional de garantia de direitos dos usuários de saúde mental. Podemos caracterizar como um processo que se manteve por onze anos — período entre a apresentação do Projeto de lei n. 3.659/89 e a aprovação do marco legal da Reforma Psiquiátrica a

lei n. 10216/2001. Uma luta política e social que mobilizou e potencializou a ampliação de debates, serviços e intervenções no âmbito da sociedade voltados a reorientação do cuidado em saúde mental.

A política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas estabeleceu-se como uma política de Estado e reconhecida pela OMS como uma das mais avançadas no mundo, visto a ênfase ao cuidado comunitário e ao progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos. No entanto, cabe destacar que o processo de RPB contemplou mais tardiamente uma política específica para a população em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Apesar existirem intervenções no campo desde os anos oitentas e propostas para este no relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1994, foi na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que encontramos elaborada uma proposta mais articulada entre o âmbito de cuidado, legislação/normatização e da concepção conceitual da redução de danos como estratégia a ser adotada (BRASIL, 2002).

A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas é publicada em outubro de 2004 (BRASIL, 2004) sendo a política nacional sobre drogas, nesta nova perspectiva, aprovada através da resolução n. 03, do CONAD, em outubro de 2005 (BRASIL, 2008). Cabe apontar a importância da política nacional sobre drogas que foi atualizada em 2006 pelo Congresso Nacional através da lei 11.343/06. Apesar das lacunas observadas e, das consequências destas na escala crescente do encarceramento (principalmente da população pobre, jovem e negra) além de não descriminalizar o uso de drogas, estabeleceu normativas que distinguem o usuário/dependente de drogas de traficantes não estando os primeiros sujeitos a punição restritiva de liberdade, mas sim de medidas sócio educativas. Esta alinhou a legislação brasileira com os compromissos internacionais do país.

No âmbito da saúde, a Reforma Psiquiátrica tem nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) seu principal dispositivo cuja potência de articulação de redes e oferta de cuidado integral a clientela da saúde mental o constitui como uma estratégia territorial não reduzindo suas ações ao espaço físico do serviço. A perspectiva da atenção psicossocial, como uma lógica transversal a todos os níveis de atenção, o coloca como referência das trajetórias dos usuários seja nas redes de dispositivos assistenciais seja na construção do direito à cidade, alvo prioritário do cuidado em saúde mental. Estes

serviços foram regulamentados inicialmente na portaria GM 224/92, a qual foi atualizada e ampliada pela portaria n. 336/02, que estabeleceu o primeiro dispositivo de cuidado específico a população que faz uso problemático de álcool e outras drogas. Se contabilizarmos em números a partir do marco legal da lei n. 10.216/01 temos um aumento exponencial, apesar de irregularmente distribuídos em território nacional. Em números teremos, em 2020, o total de 2785 CAPS habilitados (eram 424 em 2002) sendo, dentre estes, 475 CAPS-AD II (369) e III (106) (WEBER, 2021).

Na análise da evolução histórica já se observa uma desaceleração do crescimento/ano destes dispositivos a partir de 2018 (WEBER, 2021), principalmente se comparado ao aumento do número de vagas contratadas em comunidades terapêuticas e, principalmente, dos valores destinados às redes de atenção psicossocial territoriais. Não estão contabilizados os CAPS-AD IV cujos dados de habilitação ainda são obscuros e sua concepção se dá no bojo das estratégias conservadoras da agenda da contrarreforma iniciada após o golpe de 2015 e instituído na portaria MS 3588/17. Constam neste estudo três CAPS-AD IV habilitados em 2019 (WEBER, 2021). Esta modalidade de CAPS é voltada para implantação e atuação em cenas abertas de uso de drogas já sinalizando uma lógica que rompe com a proposta estruturante da Reforma Psiquiátrica que pressupõe a inclusão na cidade e o resgate das redes comunitárias e afetivas no território existencial dos usuários. Sua estrutura composta por até trinta leitos e atenção médica 24 horas sob a justificativa de atenção a urgências e emergência reproduz o desenho hospitalar afastando-se da ambiência de casa e suporte em articulação com outros dispositivos da rede de saúde. Este dispositivo, aponta para o risco de institucionalização da porta de entrada para as comunidades terapêuticas de modo a reproduzir uma triagem flexível em direção a estas instituições.

Uma estratégia potencializadora do cuidado em saúde mental no território foi a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. A lógica estruturante da atenção básica e da estratégia de saúde da família (ESF) dialoga intrinsecamente com a perspectiva da atenção psicossocial (NICODEMOS; ELIA, 2016). A política nacional de saúde mental álcool e outras drogas incorpora estas ações já na primeira metade da década de 2000, instituindo inicialmente diretrizes prioritárias como o apoio matricial às equipes de atenção básica. Apesar de um diálogo existente em período

anterior, a política indutiva se dá a partir de 2003, com a publicação das diretrizes de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: Saúde mental e atenção básica: vínculos e diálogos necessários (BRASIL, 2003), publicação da coordenação nacional de saúde mental e coordenação de gestão da atenção básica.

Inicialmente realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial o matriciamento tem na implementação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), em 2008, um aprofundamento da ênfase a uma co-responsabilização da atenção em saúde mental com os dispositivos de atenção básica, prioritariamente com a estratégia de saúde da família (ESF). Os NASFs tiveram uma importante progressão entre 2008 e 2019, tendo passado de 464 para 5.886 núcleos mas, a partir de 2019, com a mudança no modelo de financiamento de custeio da atenção primária em saúde no SUS, definida na portaria GM 2.979/19 do Ministério da Saúde, observa-se a tendência de redução desta estratégia nos próximos períodos. Posteriormente, no âmbito da atenção ao uso problemático de álcool e outras drogas e da política de atenção a população em situação de rua, o consultório na rua (CNAR) inaugura a implementação mais robusta da lógica de redução de danos no escopo da rede de atenção psicossocial. As equipes do consultório de rua foram criadas em fins dos 90 no escopo da saúde mental e realinhadas às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da portaria MS/GM n. 122/2011. Entre 2012-2014 constata-se um aumento de 133 % (WEBER, 2021). Em uma análise de progressão teremos uma avaliação de sua desaceleração e posterior redução a partir da “nova política de saúde mental álcool e outras drogas” em 2019.

A capilarização possível através da atenção básica possibilita a vivência cotidiana no território de intervenção e a busca ativa dos consultórios na rua se configura em um exercício prático dos conceitos de acolhimento, vínculo e construção singular de projetos terapêuticos a partir das biografias de cada sujeito. Nesta ótica a redução de danos, não como técnica, mas como estratégia de direito à vida reafirma sua potência terapêutica. A atenção primária em saúde, através principalmente da ESF, no cenário do cuidado em saúde mental se constitui, como os CAPS, em uma rede de suporte comunitário com capacidade de interlocução com diversos outros setores das políticas públicas os quais são parte inerente da atenção integral da população em sofrimento psíquico entre as quais as que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

Com o intuito de desconstruir uma falsa polêmica sobre a necessidade de atenção intensiva para este público, os lugares de acolhimento noturno ou internações breves são parte da rede de atenção psicossocial. É consenso que de acordo com a singularidade de cada caso, pode ser necessário o cuidado em uma estrutura onde o usuário possa ter um acolhimento fora de seu domicílio, mas que este não se traduza em isolamento ou perda de vínculos com seu território. Para este propósito podemos citar os leitos de referência em hospitais gerais, as Unidades de Acolhimento e os leitos em CAPS-AD III. Todos estes dispositivos já previstos em legislação, são utilizados de forma complementar ao cuidado nos serviços de base territorial.

Podemos compreendê-los como estruturas que reafirmam o cuidado territorial como substitutivo às internações asilares, e mais recentemente no que se refere aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas, estratégia em situações limítrofes para esta clientela. Ao analisarmos a progressão de ampliação das estruturas citadas percebemos que há um aumento significativo a partir da lei n. 10. 216/01, mas ainda estão aquém da real necessidade em termos quantitativos. No cenário dos governos a partir de 2015 temos uma deformação das propostas elaboradas no bojo da Conferências Nacionais de Saúde Mental e contrárias à lógica da atenção psicossocial.

A inexistência atual de políticas indutivas que priorizem estas estruturas bem como seu “desfinanciamento” são um retrato desta assertiva. A portaria n. 3588/17, a primeira publicada na perspectiva conservadora da “nova política de saúde mental” apresenta deformações na regulamentação dos serviços hospitalares de referência que a partir de uma justificativa tecnicista reintroduz a lógica biomédica, hospitalocêntrica. O impacto das exigências para os serviços hospitalares de referência quanto ao número mínimo de leitos e a obrigatoriedade de uma taxa de ocupação mensal, por exemplo, gera prejuízo direto à construção das redes em municípios de pequeno porte e aqueles afastados das regiões centrais da cidade. No que tange às unidades de acolhimento para adultos (UA) e para crianças e adolescentes (UAI) entre dez e dezoito anos instituídas pela portaria do Ministério da Saúde n. 121/2012, possuem propositalmente um menor número de vagas por dispositivo. Seu objetivo é possibilitar uma atenção singularizada, laica e na perspectiva da redução de danos voltadas para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas as quais podem permanecer voluntariamente até seis meses em uma estrutura articuladas com

as redes de atenção psicossocial locais. Podemos descrever as Unidades de Acolhimento e os CAPS-AD III, como as estratégias prioritárias financiadas pelo Sistema Único de Saúde para casos extremos que demandem acolhimento intensivo por 24 horas em detrimento das Comunidades Terapêuticas, que em sua maioria possuem uma orientação de abstinência como pressuposto obrigatório do cuidado, têm a religiosidade como uma lógica confessional, número significativos de pessoas por dispositivo e um uso da laborterapia como estratégia moral.

Ainda na perspectiva de análise do cenário das políticas de álcool e drogas a criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, em 2010, com destinação de 410 milhões de reais, o qual foi atualizado através do programa denominado “Crack é possível vencer”, em dezembro de 2011. Este foi uma articulação interministerial (Ministério da Saúde, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à fome, Educação e Secretaria Nacional de Direitos Humanos) que previa a destinação de quatro bilhões de reais em ações voltada ao “enfrentamento” da questão do *crack* e outras drogas até 2014 (BRASIL, 2014). Através da articulação com estados, municípios e distrito federal aumentava a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, o enfrentamento do tráfico e às organizações criminosas, além de ampliar atividades de prevenção. Sua importância nesta análise deve-se ao fato de ter possibilitado uma ação inédita de intervenções intersetoriais financiando estratégias no âmbito do SUS e também da sociedade. No entanto, teve como principal revés a reintrodução das comunidades terapêuticas (CT’s) no cenário da saúde mental através do cadastramento de dez mil vagas. Apesar da potencialização das redes de cuidado e indução da criação de inúmeros dispositivos de base territorial, enfermarias de referência em hospital geral, consultórios na rua entre outros, podemos creditar a este período o início de um processo que possibilitou a ampliação das CT’s que se tornaram novamente lucrativas e, desta forma, sem regulamentação específica, voltaram a disputar não apenas o financiamento mas também uma lógica de cuidado ainda muito presente no imaginário da sociedade, qual seja, o isolamento como método de tratamento para uma clientela marginalizada socialmente. Neste sentido, reproduzindo um processo semelhante ao que fomentou a indústria da loucura no período anterior a Reforma Psiquiátrica.

### **3 Cuidado às Pessoas: política de drogas, redução de danos e a garantia do processo de desinstitucionalização**

Conforme citado anteriormente a ampliação das vagas em CT's se inicia em 2010, quando foi destinado a estas 4,57 milhões de reais em recursos do Fundo Nacional antidrogas. Este financiamento é realizado através de editais públicos e variam de acordo com as ofertas anuais. Em 2019 foi destinado 70,41 milhões e estaria reservado o valor de trezentos milhões para o ano de 2020 (WEBER, 2021). Este aumento milionário de financiamento se dá em um percurso inverso a diretriz desinstitucionalizante da Reforma Psiquiátrica brasileira quando comparamos sua redução, progressiva e pactuada de leitos psiquiátricos, em curso desde a década de noventa quando existiam em torno de 92.000 leitos os quais foram reduzidos para 13.929 em 2020 (WEBER, 2021).

O fechamento dos hospitais psiquiátricos de médio e grande porte a partir de avaliações regulares pelo Programa Nacional de avaliação dos hospitais psiquiátricos (PNASH/psiquiatria) e a criação de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) permitiram que milhares de ex-moradores destes lugares de violência hoje gozem do direito de habitar e pertencer a cidade. Se esta política reorientou o cuidado em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico grave em prol do cuidado em liberdade e rompendo a lógica hospitalocêntrica, as políticas de atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas seguiam o mesmo processo até meados da década passada, com investimentos específicos voltados a fortalecer estratégias intersetoriais norteadas por metas estabelecidas através da participação social nas Conferências Nacionais de Saúde Mental. No entanto, já neste período se mantinha os tensionamentos em relação às CT's.

O fato de não se caracterizarem exatamente como uma instituição de saúde, apesar de terem sido acolhidas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como o tipo 83 - Pólo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde pela portaria MS/SAS n. 1.482/2016, gera uma lacuna no que tange às exigências quanto a seu funcionamento e estrutura. Não obstante este fator, em duas inspeções nacionais realizadas as CT's ocuparam lugar de destaque em violações de direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; 2018). Além destes dados concretos que por si desqualificam a inclusão deste dispositivo (e obviamente o

incremento de sua destinação orçamentária) como estratégia adequada de cuidado, se associa a estes fatores a lógica adotada como diretriz do cuidado, qual seja, a permanência em regime de afastamento do território com conseqüente agudização da exclusão vivida por grande parte da clientela assistida e também a exigência da abstinência. Este último fator se contrapõe à estratégia de redução de danos reconhecida internacionalmente em experiências exitosas de cuidado às pessoas que usam drogas adotadas em diversos países no mundo.

A estratégia de redução de danos constitui-se como orientador estruturante das intervenções onde o cuidado às pessoas foi adotado em detrimento da “guerra às drogas”. Neste sentido, assume a questão do uso prejudicial de drogas como uma questão de saúde pública e não moral ou policial. Pressupõe adoção de critérios de baixa exigência em diálogo com a proposta de colocar a doença entre parênteses, ou a droga entre parênteses e voltar-se para as necessidades do sujeito. A garantia do direito à saúde é pressuposto estruturante do direito à vida e, deste modo, a construção de políticas públicas de saúde sobre drogas é compreendida como cuidado às pessoas que usam drogas e não mais ao combate à droga usada pela pessoa.

Este posicionamento rompe com a postura punitivista e desde as primeiras experiências de redução de danos no país, em Santos, 1989, suscita questionamentos por ser estigmatizada como uma estratégia que fomenta o uso de drogas. Esta experiência advinda a partir dos índices alarmantes de contaminação por HIV e outras DSTs suscitou a implementação de uma estratégia já utilizada na Europa onde a troca de seringas usadas por descartáveis para o uso de drogas injetáveis além da oferta de cuidado era entendido como forma de prevenção da contaminação e de proteção da vida. Este programa foi interrompido por medida judicial. No entanto, ao longo dos anos seguintes, a adoção da Redução de Danos para além de uma intervenção técnica, uma lógica de acolhimento do sofrimento de populações vulnerabilizadas, como a população em situação de rua e usuária de drogas, disseminou-se por vários países com resultados significativos no que se refere à proteção da vida de seu público alvo. No Brasil esta lógica é incorporada à Política Nacional Sobre Drogas pela resolução n. 3 de 27/10/2005, do Conselho Nacional antidrogas (CONAD) (BRASIL, 2005).



## 4 Gênese e Estrutura das Comunidades Terapêuticas

Na última década, um ator se destacou no campo das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas: as comunidades terapêuticas. Nesse período, essas mesmas comunidades terapêuticas conseguiram consolidar duas entidades nacionais de *lobby* e organização a Federação Brasileira de comunidades terapêuticas (FEBRACT) e Confederação Nacional de comunidades terapêuticas (CONFENACT); a inclusão na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destaque na nova lei de drogas; e a estruturação de uma Secretaria Nacional para chamar de sua, a SENAPRED. Esses desdobramentos vieram em conjunto com um processo inicial, de questionamentos e retrocessos, no interior da RAPS se constituindo em um campo político e social em aliança com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Com o objetivo central de oposição intransigente ao processo de quatro décadas de mobilização, ampliação e consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, apresentado resumidamente acima, tem buscado impor, através de medidas infra legais e disputa do orçamento público, a contrarreforma psiquiátrica. Esse processo significa o retorno da lógica dos serviços privados e a mercantilização de leitos de internação para usuários de álcool e outras drogas, enfraquecendo a universalidade na garantia de direitos, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Sua repercussão direta é exemplificada na reorientação de investimentos dado que ao invés da ampliação dos CAPS-AD 24 h, leitos em hospitais gerais, unidades de acolhimento (UA), repúblicas terapêuticas e consultórios na/de rua, constatamos a multiplicação exponencial de comunidades e clínicas para internação e isolamento social. Para abordarmos o contexto e o papel das comunidades terapêuticas na regressividade dos direitos humanos no Brasil, no que tange à agenda e à lógica da contrarreforma psiquiátrica, se faz necessário apontar a gênese das comunidades terapêuticas e seu processo de transmutação no Brasil.

O surgimento das Comunidades Terapêuticas, segundo Passos *et al.* (2020), está inserido no cenário do pós-segunda guerra mundial no qual podemos destacar dois grandes marcos pioneiros, nos EUA e na Inglaterra. As CT's americanas, surgem em Minnesota, na Clínica Hazelden (1948), depois a experiência de um grupo dos Alcoólicos Anônimos que decidiu montar uma comunidade a fim de manter-se em abstinência, em 1953, que

desdobrou-se na fundação da Comunidade Terapêutica Synanom (1958), Califórnia (EUA) e posteriormente a Clínica Daytop Village (Nova York), no ano de 1963. Em todas estas experiências se observava a centralidade no público de álcool e outras drogas sendo fortemente marcadas pela mudança do comportamento individual. A experiência inglesa, de Maxwell Jones (1907-1990), se constituiu em um processo mais amplo. Propunha uma reforma no modelo assistencial em saúde mental vigente no país e na estruturação de um serviço universal de atendimento em saúde. Neste processo identifica-se uma abordagem crítica à lógica psiquiátrica desenvolvida nas instituições hospitalares. Apresentado este breve resgate histórico, para discutir a perspectiva inicial das comunidades terapêuticas utilizaremos como referência teórica o psiquiatra inglês Maxwell Jones por dois motivos principais. O primeiro, por este ser considerado uma referência na formulação conceitual e prática do dispositivo Comunidade Terapêutica e também por ser citado pelas próprias CT's brasileiras para explicar seu surgimento. A concepção de Maxwell Jones, está inserida, na busca por processos de cuidado democráticos, contra a estrutura verticalizada das estruturas dos hospitais psiquiátricos. Importante salientar que foi elaborada em um período de grande ebulição social e intelectual de questionamento dos modelos propagados pela Europa e um período no qual se buscava desenvolver uma nova cultura de paz, tolerância e inclusão social, após os traumas das duas grandes guerras mundiais do século XX.

O objetivo central das comunidades terapêuticas Democráticas de Jones era o processo de “esvaziamento da hierarquia”. Para tal, buscava substituir e transformar todos os símbolos, dinâmicas e fluxos gerenciais que reforçassem a separação entre a equipe de saúde e os pacientes. Por exemplo, ao abolir o termo doutor (Dr.), o jaleco comum no meio médico e utilizar como forma de tratamento interpessoal apenas os nomes próprios. Números e/ou diagnósticos não eram aceitos como forma de nomeação e referência do sujeito sob cuidado. Como pressupostos, as CT's de Jones funcionavam a partir das seguintes dinâmicas (JONES, 1972): 1) Análise de eventos – todos os membros da comunidade são chamados a tentar compreender o que acontece na comunidade; 2) A comunicação – tornar a comunicação mais eficaz tanto de cima para baixo quanto de baixo para cima; 3) A redução da estrutura piramidal – criar um sentimento de unidade e pertencimento à comunidade; o controle comportamental

deve ser exercido por toda a comunidade, não pela autoridade hierárquica; 4) Experiências de aprendizagem – os pacientes são orientados e incentivados a aprender novas maneiras de lidar com suas dificuldades; 5) Análise de papéis – cada função é analisada para que se torne flexível e possa refletir, a qualquer momento, as expectativas e necessidades de pacientes e funcionários.

Podemos analisar a abordagem de Jones através da dialética entre os processos de individuação e a instituição, sendo estes compostos pelos funcionários, corpo de saúde e pacientes onde destaca-se o sentido de apoio mútuo. Este, reforçado também pela busca de uma interação ativa e de construção/re-construção de vínculos, a partir da inserção dos familiares. No sentido de serem efetivamente um dispositivo clínico de transformação do locus do paciente, buscando não reafirmar os preconceitos aos chamados comportamentos “não aceitos socialmente”.

Como podemos observar a experiência das CT's de Jones, tinha como sua principal estratégia a constituição de novas instituições, de “instituições inventadas”, para questionar, e substituir/transformar as “instituições negadas”, as instituições manicômias. Podemos ver nessa mesma perspectiva, comunidades terapêuticas na Itália e Espanha, integrada às “invenções democráticas” para construir o processo de reforma psiquiátrica nestes países. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas de Jones na Inglaterra e em diversos outros países na Europa eram dispositivos de substituição dos hospitais psiquiátricos/manicômios.

A experiência europeia é marcada pela diferenciação teórico conceitual e das práticas que são desenvolvidas nas comunidades terapêuticas no Brasil. Estas surgem como um processo alheio à reforma psiquiátrica e às políticas públicas com participação social como a consolidação do SUS e SUAS. Ressalta-se as dinâmicas de funcionamento institucional que reforçam o papel hierárquico e disciplinar além da hierarquia de fé traduzida nas práticas profissionais. Dessa forma, as comunidades terapêuticas no Brasil, estão mais associadas à dinâmica americana e seu foco na transformação dos comportamentos e valores das pessoas para superar a “doença”. A força do indivíduo contra o vício. Ao analisar um recorte sobre o “método Minnessota” é possível identificar sua relação com a dinâmica dos tratamentos estabelecidos hegemonicamente nas CT's brasileiras. Abaixo estão elencados três pontos iniciais, a saber:

1. Aceite impotência sobre drogas: o primeiro objetivo do tratamento, uma vez que o processo de desintoxicação e avaliação diagnóstica é para ajudar o paciente a admitir e aceitar que é impotente perante o álcool ou outras drogas que alteram o humor. Nesta fase, ele ajuda a aceitar o fato de que a vida se tornou incontrolável por causa do vício. É o primeiro dos Doze Passos da filosofia de AA e é uma tentativa de quebrar a negação.

2. Reconhecer a necessidade de mudança: agora o paciente é ajudado a reconhecer que é vital para mudar seu comportamento para a sobrevivência. Devemos transmitir a ele que ele tem a capacidade de fazer mudanças. Outro aspecto importante é ajudar o paciente a ver que a estrutura do programa, a rotina básica para realizá-lo, é o veículo para que, em seguida, faça as alterações. O período de detenção é o tratamento, a recuperação será alcançada depois de colocar em prática o que foi aprendido no programa. O paciente é introduzido no SHG, AA ou NA, como uma ferramenta essencial para a recuperação.

3. Plano para agir: o terceiro objetivo do tratamento é ajudar o paciente a agir, tomar decisões e alterar os comportamentos que precisam mudar. O objetivo é apoiar o paciente. Ele começa a visualizar o que vai precisar e ser capaz de fazer mudanças em seu estilo de vida (SOUZA, 2018).

Como podemos observar, o foco do modelo norteamericano é a “superção individual” e o reconhecimento que é “impotente perante a droga” e que é uma “pessoa doente”, mas também, uma “mudança espiritual”. Dessa forma, diferentemente do método Jones, o modelo norteamericano trata a questão em associação a uma definição sobre a “doença”, sobre a conscientização da “impotência perante a droga” e tendo a questão “espiritual” como inerente ao trabalho terapêutico. A centralidade do tratamento diz respeito ao empenho e à vontade, ou seja, uma perspectiva individual e biologizante que desconsidera a complexidade das dimensões necessárias para pensar a questão das drogas. Este modelo combina a impotência perante a droga com a potência do indivíduo e seu lado espiritual. Estes últimos são entendidos como dispositivos patognomônicos para a mudança de vida, relegando os determinantes sociais a um segundo ou terceiro plano. O que objetivamente gera o não questionamento às instituições fechadas e a longa permanência institucional. Assim, não surgiram no cenário de forma consistente e estruturante o questionamento

do modelo assistencial e de envolvimento com o processo de reforma psiquiátrica. A gênese do modelo brasileiro de comunidade terapêutica não está associada à experiência de Jones. É possível destacar dois aspectos centrais que dimensionam a proximidade do modelo brasileiro de CT's com o modelo norteamericano, quais sejam: a centralidade da recuperação na pessoa e o julgamento moral de sua impotência em lidar com as drogas. O distanciamento da reforma psiquiátrica é outro ponto em comum visto o deslocamento do processo norteamericano dos processos mais gerais da reforma pelo mundo.

## 5 As Comunidades Terapêuticas e a Contrarreforma Psiquiátrica

As comunidades terapêuticas no Brasil, diferentemente da experiência de Jones, não surgem no processo de reforma psiquiátrica, mas sim, a partir de dinâmicas hegemônicas por grupos religiosos. A primeira Comunidade Terapêutica, chamada de Desafio Jovem, foi fundada por evangélicos, em 1978, e, na cidade de Campinas, a Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, ligada ao Padre católico Haroldo Rham (1919-2019). Essa comunidade terapêutica, fundada por Padre Haroldo, é parte de um processo desenvolvido em estreita relação com Thom Browne — que foi diretor-adjunto do Escritório de Programas Anticrime do Departamento de Estado dos EUA (FEBRACKT, 2019).

O surgimento destes dispositivos no país e sua dinâmica de desenvolvimento, ocorreu, de forma distinta a da experiência de Jones, já que se configurou em um processo paralelo, à margem da construção de um novo modelo assistencial em saúde mental, cujo debate surgia com força na sociedade da época. Não há intersecções entre estes e o movimento crescente de Reforma Sanitária e posteriormente de Reforma psiquiátrica. Em síntese, nesta relação conceitual o modelo brasileiro e o norteamericano teria a “Guerra às Drogas” como o fio condutor das políticas de característica punitivista e disciplinar refletidas nas ações desenvolvidas nos locais de tratamento que têm como principal recurso as CT's. O sentido ontológico das comunidades terapêuticas no Brasil não será o de fortalecimento da construção do Sistema Único de Saúde e a construção da Rede de Atenção Psicossocial, mas sim o da busca da “redenção”. A “redenção” no sentido da leitura judaico-cristão, do Tikun, “enquanto retorno de todas as coisas a seu contato original com

Deus. O mundo do Tikun (Olam Há-Tikun) é, portanto, o mundo utópico da reforma messiânica, da supressão da mácula, do desaparecimento do mal”. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas como instrumento, dispositivo, de fazer com que o usuário de drogas, que está no mundo do “mal” das “drogas” possa atingir a “redenção”, o encontro com deus (LOWY, 2020).

Esse sentido religioso messiânico está presente desde a origem das comunidades terapêuticas no país e se apresenta com um modelo alternativo e distinto do desenvolvimento dos equipamentos e políticas públicas de saúde no país. A centralidade da “redenção” aparece com nitidez nas missões institucionais das entidades representativas das comunidades terapêuticas, como nos exemplos abaixo: A CONFENACT “tem como princípios, valores e características da modalidade de acolhimento de dependentes do álcool e outras drogas em Comunidade Terapêutica – CT, doravante simplesmente denominado CT: Espiritualidade” (CONFENACT, 2021). A Missão Cruz Azul tem como objetivo:

PROMOVER A VIDA: Sem álcool e outras drogas, visando ao bem-estar individual, familiar e social; Com a inclusão, a mútua ajuda e a abstinência; Com ações inovadoras de prevenção, acolhimento, tratamento, reinserção social, apoio e educação continuada; Acreditando na capacidade de mudança do ser humano: Fundamentando-se no poder salvífico e transformador de Jesus Cristo (CRUZ AZUL NO BRASIL, 2021).

A missão da Fazenda da Esperança é:

Ser Embaixador da Esperança em qualquer lugar do mundo, levando alegria e paz a todos que o rodearem, através da vida em comunidade, do trabalho e da vivência do Evangelho. Transmitir a certeza de que Deus é amor e que é possível construir uma civilização do amor e contra todo negativismo e incertezas (FAZENDA DA ESPERANÇA, 2021).

Ao analisar assim o sentido ontológico das comunidades terapêuticas, podemos observar que o que surgiu como algo em paralelo aos processos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, com seu crescimento e desenvolvimento, com a ampliação do debate sobre o uso de drogas na sociedade brasileira, com a ampliação das bancadas religiosas e com o proselitismo

político da “guerra às drogas” tornou-se um dispositivo estratégico de contraposição ao modelo assistencial de saúde mental e drogas no país. Esse processo de contraposição irá se consolidar no encontro, na “afinidade eletiva”, desenvolvida entre as comunidades terapêuticas e um outro ator que se contrapôs a reforma psiquiátrica brasileira, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que se via prejudicada em seus interesses econômicos com a diminuição dos leitos privados de internação. Essa “afinidade eletiva” combinada com um golpe institucional e a eleição de um governo de extrema direita criou as bases sociais e políticas para a implementação da contrarreforma psiquiátrica que tem como fundamento central o desmantelamento da rede pública de assistência em saúde mental e drogas e o retorno da lógica de financiamento público aos leitos privados de internação. (PINHO; PELAEZ, 2021).

## **6 A Contrarreforma Psiquiátrica e a Afirmação da Lógica Privatista**

Os debates públicos em torno do modelo assistencial em saúde mental e drogas aparece por vezes associado a uma diversificação de alternativas de cuidado e assistência, e que as comunidades terapêuticas, as clínicas e hospitais psiquiátricos, seriam apenas mais alternativas. No entanto, o que vamos observar a partir do conjunto de medidas infralegais e as disputas de orçamento público é que não é apenas o oferecimento de mais alternativas de cuidado e assistência, mais sim, um processo mais geral e estruturante de disputa de modelo e dos fundos públicos.

Esse processo mais geral, está aqui, conceituado como contrarreforma psiquiátrica, definido como uma articulação institucional, política e social, com vistas a mudança do modelo assistencial em saúde mental, álcool e outras drogas, que estrutura assim, um conjunto de medidas infralegais e de disputa do orçamento público com o objetivo de afirmar um modelo privado de oferecimento crescente de serviços privados, como os leitos de internação, o retorno de práticas, como a eletroconvulsoterapia. Essa mudança estrutural de modelo assistencial no Brasil tem se assentado na “afinidade eletiva” entre a ABP e as CT’s e num deslocamento institucional do protagonismo das políticas públicas, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, para a Secretaria Nacional de Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania.

Essa mudança institucional cumpre centralmente um deslocamento dos instrumentos e medidas de controle social, enquanto no Ministério da Saúde, existe um forte controle social, a partir do Conselho Nacional de Saúde, conselhos estaduais e municipais, por todo o país, no Ministério da Cidadania (recém criado) não existe controle social e o único existente foi o primeiro a ser totalmente desconfigurado e com a retirada dos conselheiros da sociedade civil, o Conselho Nacional de Drogas (CONAD).

A mudança institucional veio acompanhado de um *lobby* para atacar as bases da Lei n. 10216/2001 e do Estatuto da Política de Deficiência, em que ambos preconizam a desinstitucionalização e que todas as políticas públicas sejam construídas com os usuários e usuárias dos serviços públicos e voltado à garantia dos direitos humanos e do direito à cidade, através de medidas infralegais e de disputa orçamentária. As medidas infralegais produzidas em tempos de “afinidade eletiva” entre ABP e CT’s vão no sentido de fortalecimento da lógica de venda de leitos privados de internação com a abertura de novos mercados para os setores privados e o enfraquecimento da lógica do cuidado em liberdade e dos direitos humanos nas redes e serviços públicos.

## **7 Sistematização da Regulamentação Legislativa e Medidas do Executivo Referente à Política de Álcool e Outras Drogas 2017 a 2021**

Em dezembro de 2017 foram publicadas a Resolução 32 e a Portaria n. 3.588 que alteram e incluem novos componentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial n. 2, iniciando um redesenho nas políticas de drogas que apresentamos no Quadro 1.



## Quadro 1: Instrumentos normativos

Instrumento Normativo	Ementa
Portaria MS n. 3588, de 21 de dezembro de 2017	Inclui os Hospitais Psiquiátricos na RAPS, aumento o valor das diárias de 15 % para 20 % nos Leitos em Hospital Geral, garantem o financiamento somente a partir de 8 leitos e a criação do CAPS-AD IV. Bem como, a desvinculação do número de leitos em relação ao quantitativo populacional.
Portaria MS n. 3.449, de 25 de outubro de 2018	Institui um Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.
Portaria MS n. 2434, de 15 de agosto de 2018	Promove um aumento de 60 % nas diárias pagas aos hospitais, para atendimento de pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menos de 30 dias (de R\$ 29,50 a R\$ 41,20 para R\$ 47,00 a R\$ 66,00).
Portaria MS n. 3.659, de 14 de novembro de 2018	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
Portaria MS n. 3.718, de 22 de novembro de 2018	Publica a lista de estados e municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), não executaram o referido recurso.
Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019	Aprova no Senado, sem aprofundamento do debate, desconsiderando emendas de comissões apresentadas, que acaba de retroceder décadas ao prescrever internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas, como outras medidas retrógradas com prejuízo de experiências exitosas e avanços técnico-científicos.
Lei n. 13.840/2019	Os vetos presidenciais à lei aprovada no Senado sem que sua versão final acolhesse as contribuições oriundas de prolongado debate e pactuações em diversas comissões do congresso nacional nos últimos anos. Descaracteriza os órgãos fiscalizadores, a participação da sociedade e reduz os recursos/estratégias direcionados a inclusão social, trabalho e geração de renda;
Portaria MS n. 340, de 30 de março de 2020	Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas. Não determinando o plano de contingência e nem impediu que não ocorresse internações nas comunidades terapêuticas até o final do período de epidemia.

Instrumento Normativo	Ementa
Portaria MS n. 1325, de 18 maio 2020	Revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Após forte mobilização social, conseguimos a revogação por parte do Ministério da Saúde.
Portaria n. 69, de 14 de maio de 2020	Autoriza e estimula a utilização de comunidades terapêuticas para o acolhimento de população em situação de rua.
Resolução n. 3, de 24 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. Sem pactuação e aprovação no Conselho Nacional da Criança e do Adolescentes (CONANDA) e afrontando em diversos artigos o Estatuto da Criança e do Adolescentes.
Portaria conjunta n. 4, de 22 de outubro de 2020	Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as comunidades terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (covid-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas.
Portaria MC n. 582, de 8 de janeiro de 2021	Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas comunidades terapêuticas (CT's) contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).
Portaria MC n. 625, de 6 de abril de 2021	Institui a Fiscalização Remota de comunidades terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).
Portaria MC n. 700, de 25 de outubro de 2021	Regulamenta a fiscalização das comunidades terapêuticas que realizam o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).
Projeto de Lei n. Complementar (PLP) 134, de 21 de junho de 2019	Reformula regras para a certificação de entidades beneficentes com a aprovação da emenda dos senadores que inclui as comunidades terapêuticas entre as entidades que contarão com imunidade tributária de contribuições à seguridade social.

Fonte: os autores, a partir de sítios virtuais de acesso público, s.d.

O conjunto de medidas infralegais e de constituição de um conjunto normativo para a atuação das comunidades terapêuticas está acompanhado de uma disputa crescente dos recursos públicos, reafirmando que

se trata de uma disputa de modelo assistencial e não apenas mais uma alternativa de cuidado.

A principal estratégia de mobilização de recursos públicos foi a articulação resultado da “afinidade eletiva” entre a ABP e CT’s, que lançou em 23 de abril de 2019 a Lançamento da Frente Parlamentar Mista do Congresso Nacional em Defesa das comunidades terapêuticas e contra a liberação das Drogas, com o intuito de aprovar marcos legais e disputar o orçamento federal em torno da drenagem de recursos públicos para equipamentos privados que comercializam leitos de internação privados.

No âmbito do executivo foi a criação no Orçamento Federal o Programa: Rede de Suporte Social ao Dependente Químico - Cuidados, Prevenção e Reinserção Social e a Ação Orçamentária: Prevenção de Uso de Drogas - Cuidados e Reinserção Social de Pessoas e Famílias que têm Problemas com Álcool e Outras Drogas – classificação funcional programática 10.55101.14.422.5032.20r9. O resultado prático desse conjunto de medidas infralegais e do avanço sobre o recurso público é que no final do ano de 2021 o orçamento destinado as CT’s s já superou a soma de todo o recurso para a rede de CAPS-AD espalhadas por todo o país e superando também o número de unidades. O que na prática é afirmar que o modelo de assistência em saúde voltado para os usuários de álcool e outras drogas já é maior para o setor privado, que vive da comercialização de leitos privados de internação.

No final do ano de 2021 o orçamento total destinado para toda a Rede de CAPS em todo o país somou um bilhão e 230 milhões 2.742 CAPS habilitados, distribuídos em 1.845 municípios em todo o país, a rede de CAPS-AD chega a 430 equipamentos. As comunidades terapêuticas já conveniadas com a SENAPRED/Ministério da Cidadania chegaram a setecentos e tem um orçamento de seiscentos milhões, importante destacar que esse orçamento é apenas da SENAPRED, sem contar, outros recursos federais e nos estados e municípios. Nesse quadro as CT’s s já tem um valor superior e um maior número de equipamentos do que a Rede de CAPS-AD e já com um orçamento de 50 % do total da RAPS no Brasil (BRASIL, 2021).

A partir do quadro de medidas infra legais e do quadro orçamentário é possível afirmar que a contrarreforma psiquiátrica no Brasil conseguiu se efetivar já sendo hegemônica nas políticas de álcool e outras drogas e com a ampliação de novos mercados (como população de rua e adolescentes) já

lança as bases para a superar o conjunto da Rede de Atenção Psicossocial pública brasileira.

A partir do conjunto de análises deste artigo, acerca do desenvolvimento das estratégias e políticas públicas da reforma psiquiátrica e da redução de danos, o surgimento e desenvolvimento das comunidades terapêuticas, a “afinidade eletiva” entre a ABP e CT’s e a consolidação da agenda contrarreforma psiquiátrica no país o desafio que se coloca não é apenas um debate acerca de metodologias, de acertos e erros, de diversificação de estratégias de cuidado, mas sim, um debate estrutural sobre o modelo assistencial em saúde mental e drogas no Brasil. Vamos caminhar para fortalecer o SUS, o SUAS, as estratégias e políticas públicas de redução de danos e a rede de atenção psicossocial ou a continuidade da lógica privatista de criação de uma rede privada de comercialização de leitos privados de internação?

## Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucura e transformação social**: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni, 2021.

BRASIL. **Crack**: é possível vencer. Brasília: Confederação Nacional de Municípios, 2014. Estudos técnicos.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede\\_raps\\_2021\\_modelo\\_saps\\_julho\\_2021.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf). Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. **Legislação e políticas públicas sobre drogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Resolução n. 3 CONAD**. [S. l.]: Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005.

BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Básica o Vínculo e o Diálogo Necessários**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2003.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social**: problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

CONFENACT. **Quem Somos?** [S. l.: s.n.], 2021. Disponível em: [https://www.confenact.org.br/?page\\_id=7](https://www.confenact.org.br/?page_id=7). Acesso em: 18 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Quarta Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018.

CRUZ AZUL NO BRASIL. **Quem Somos - Cruz Azul no Brasil - Para a VIDA sem Drogas**. [S. l.: s.n.], 2021. Disponível em: <https://www.cruzazul.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FAZENDA DA ESPERANÇA. QuemSomos. **Portal Fazenda Esperança**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.portalfazenda.org/QuemSomos/Home/5>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FEBRACT. **Padre Haroldo conta como abriu a primeira Comunidade Terapêutica do Brasil**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2019/06/28/padre-haroldo-counta-sua-convivencia-com-maxwell-jones-e-como-abriu-a-primeira-comunidade-terapeutica-do-brasil/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

GULJOR, Ana Paula; AMARANTE, Paulo. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. **Cadernos do CEAS: revista crítica de humanidades**, [s. l.], n. 242, p. 635, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2017.n242.p635-656>

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

LOWY, Michael. **Redenção e Utopia: o judaísmo libertário na Europa Central**. São Paulo: Perspectiva, 2020.

NERY FILHO, Antonio. Por que os humanos usam drogas? In: CETAD (org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EdUFBA, 2012.

NICODEMOS, Julio; ELIA, Luciano. Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental: uma perspectiva histórica. In: SOUZA, A. C.; SOUZA L. F.; SOUZA, E. O; ABRAHÃO, A. L. (orgs.). **Entre pedras e fissuras: a construção da tenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

PASSOS, Rachel Gouveia *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 125-140, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29064>

PINHO, Leonardo; PELAEZ, Elaine. **Afinidade eletiva e a segunda onda da contrarreforma psiquiátrica**. [S. l.]: Viomundo, 2021. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/leonardo-pinho-e-elaine-pelaez-psiquiatria-de-mercado-e-redencao-via-comunidades-terapeuticas-por-tras-da-2a-onda-da-contrarreforma-psiquiatica.html>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SOUZA, Raphael Gomes de. **As dimensões básicas do papel do terapeuta em dependência química**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://clinicajorgejaber.com.br/novo/2018/12-dimensoes-basics-do-papel-do-terapeuta-em-dependencia-quimica/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

WEBER, Renata. **Painel Saúde Mental: vinte anos da Lei n. 10.216/01**. Brasília: Desinstitute, 2021.





# CAPÍTULO 3

## PODER PUNITIVO, PROIBICIONISMO E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: A POLÍTICA E O CUIDADO NA SAÚDE MENTAL E DROGAS

Marco José de Oliveira Duarte<sup>5</sup>

Raquel Coelho Correa de Araujo<sup>6</sup>

Marcilea Tomaz<sup>7</sup>

Thays Ribeiro da Silva<sup>8</sup>

### 1 Introdução

**E**ste capítulo tem por objetivo problematizar a política de drogas a partir de sua configuração histórica no Brasil, levando em questão a lógica do proibicionismo e o poder punitivo que tomam, recentemente, as comunidades terapêuticas como instrumento de controle

<sup>5</sup> Pós-Doutor em Políticas Sociais (UCSal), doutor (UERJ) e mestre (UFRJ) em Serviço Social. Assistente Social (UFF). Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGSS/UFJF) e colaborador do PPGSS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisador do CNPq. Coordenador do GEDIS/CNPq-UFJF e do NEPS/CNPq-UERJ. Correio eletrônico: marco.duarte@ufjf.br

<sup>6</sup> Mestra em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ, graduada em Serviço Social pela UERJ, especialista em Saúde Mental pela UFRJ e pesquisadora do NEPS-CNPq/UERJ. Correio eletrônico: raquelcoelho.professora@gmail.com

<sup>7</sup> Mestranda em Serviço Social pelo PPGSS/UFJF; bacharel em Serviço Social; especialista em Saúde Mental pela UFJF e pesquisadora do GEDIS/CNPq-UFJF. Correio eletrônico: marcilea.jf@gmail.com

<sup>8</sup> Mestra em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ; bacharel em Serviço Social; especialista em Saúde Mental pela UERJ e pesquisadora do NEPS/CNPq-UERJ. Correio eletrônico: thaysrs23@gmail.com

social para com os usuários que fazem uso prejudicial de drogas. É nesse contexto, portanto, que se tecem os desafios contemporâneos frente a produção do trabalho do cuidado junto a esses usuários, no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas da Rede de Atenção Psicossocial da política de saúde mental e drogas, levando em consideração o atual e estruturante desmonte levado a cabo pelo Estado ultraneoliberal e ultraneoliberal e ultraneoliberal.

Para tanto, no sentido de melhor apresentação deste capítulo, dividimos em três seções, sendo a primeira a que explicita o debate teórico do poder punitivo e o uso estratégico das comunidades terapêuticas (CT); o segundo trata da lógica proibicionista e a configuração desta na construção das políticas de drogas no Brasil e, por fim, na última seção, tratamos de trazer à tona alguns desafios do cuidado no campo da saúde mental e drogas em relação aos usuários de uso prejudicial de drogas no contexto do desmonte da política de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade.

Nossa intenção, todavia, é de contribuir, de alguma forma, com alguns apontamentos e análises críticas e pertinentes sobre a atual política de saúde mental e drogas, e, portanto, fortalecer as resistências políticas presentes entre trabalhadores, usuários e familiares, bem como a grande maioria da sociedade brasileira, no enfrentamento deste desmonte que se encontra a referida política pública, frente as ofensivas ultraneoliberais e ultraneoliberais, como a contrarreforma psiquiátrica, os desmantelamentos dos setores públicos e os ataques à ciência, à democracia e aos direitos sociais e humanos.

## **2 Poder Punitivo e Comunidades Terapêuticas**

Ampliar a abordagem do olhar sobre o fenômeno da ascensão das comunidades terapêuticas para além da reatualização da obtenção de lucros, passa por explorar sua relação como instituição pertencente ao exercício do controle social, segundo a lógica de expansão do poder punitivo.

Essa seção parte do aporte teórico-metodológico e das contribuições da criminologia crítica e da crítica à psiquiatria para buscar compreender como a institucionalização da loucura e do uso de drogas se articulam com o poder punitivo para promover um controle social de indesejáveis eficiente para a reprodução do capital, com consequências dramáticas no continente latino-americano.

A relação estabelecida entre o Direito e a Medicina remontam a própria legitimidade da existência do Estado Moderno e do modo de vida burguês. O século XIX marca a criação da polícia moderna, da prisão e do manicômio (ANITUA, 2008). Compreendidas como um conjunto de instituições que marcam as principais medidas de controle da população, já sob a égide da burguesia no poder, o nascimento destas instituições fora necessário para conciliar as contradições existentes entre o discurso liberal do contrato social e as próprias demandas da ordem capitalista industrial. A medicina social, o higienismo e a psiquiatria alienista exerceram a função de apaziguar o paradoxo existente entre o discurso do contrato social e os indivíduos desviantes deste pacto social, sujeitos alheios a realidade, os ditos anormais.

A medicina passa a exercer a função de indicar o que era “perigoso” para a sociedade, sem as amarras dos limites jurídicos impostos pela necessidade de comprovação da existência da conduta violadora de uma lei penal:

No primeiro número da revista *Annales de Hygiène Publique et Médecine Légale*, assinalava-se que a medicina não tinha por objetivo apenas estudar e sanar as enfermidades, mas também e sobretudo estabelecer relações com a organização social. A medicina podia e devia ajudar o legislador a sancionar leis, ilustrar o magistrado a aplicá-las e vigiar, junto à administração, em prol da manutenção da “saúde pública”, que era o nome dado à ordem social (ANITUA, 2008, p. 239).

Os campos, tanto da saúde mental, como do jurídico-penal, apesar de suas especificidades, sempre atuaram e se relacionaram como dispositivos importantes no exercício do controle social de parcela da sociedade tida como indesejável e/ou perigosa (RAUTER, 2003).

Jurandir Freire Costa (1999) e Cristina Rauter (2003) apontam que o crescimento da medicina social brasileira se fundamentou na prescrição de novos hábitos, mediante o exercício do controle social da população, estabelecendo-se, assim, como o principal fundamento de uma política social, racional e tecnicamente orientada para a constituição do Estado brasileiro.

A construção de uma teoria crítica do controle social latino-americano, ainda na década de 1980, apontou que, dentre as características centrais do exercício do controle social na periferia do capitalismo, está a existência da violência estatal e a repressão como ferramentas básicas na manutenção da submissão e do exercício da disciplina, instrumentos necessários para a preservação das relações entre dominantes e dominados:

o conjunto de sistemas normativos (religião, ética, costumes, usos, terapêutica e direito — este último entendido em todos os seus ramos, na medida em que exercem esse controle reprodutor, mas especialmente no campo penal; em seus conteúdos como em seus não-conteúdos) cujos portadores, através de processos seletivos (estereotipia e criminalização) e estratégias de socialização (primária e secundária ou substitutiva), estabelecem uma rede de contenções que garantem a fidelidade (ou no fracasso dela, a submissão) das massas aos valores do sistema de dominação; o que por motivos inerentes aos potenciais tipos de conduta dissonante, se faz sobre destinatários sociais diferencialmente controlados segundo a classe a que pertencem (DE CASTRO, 2005, p. 54-55).

Isto posto, podemos entender o poder punitivo como o exercício do poder de coerção estatal traduzido na capacidade deste de produzir as condutas puníveis e selecionar os indivíduos e grupos sociais criminalizados. Segundo Zaffaroni *et al.* (2003, p. 39), trata-se do “exercício do poder coativo do estado em forma de pena”. Contudo, a amplitude do poder punitivo, não pode ser restrita a mera associação dos mecanismos de criminalização formados pelo sistema de justiça criminal do Estado. Ocorre que a dimensão política do poder punitivo se caracteriza, principalmente, no exercício da vigilância, cuja potência de controle é muito superior à seleção penal individualizante impetrada na sociedade.

Desta forma, diversas outras agências que não pertencem ao sistema penal formal do Estado exercem uma parte considerável do poder punitivo, apesar de suas funções manifestas serem diversas do controle social punitivo. Essas agências estatais constituem-se, portanto, como sistemas penais paralelos, ou seja, uma complexa rede de agências que possuem a função latente de exercício do poder punitivo mediante outros objetivos formais.

Os médicos exercem um poder de institucionalização manicomial que, quando não tem um objetivo medicinal imediato, aproxima-se bastante ao da prisionização. Algo parecido acontece com as **autoridades assistenciais** que decidem a institucionalização de pobres urbanos das ruas ou de pessoas idosas. As famílias também tomam decisões institucionalizantes de pessoas idosas e de crianças em estabelecimentos particulares (ZAFFARONI *et al.*, 2003, p. 69. Grifos nossos).

Dados oriundos de fiscalizações e pesquisas sobre as instituições denominadas de comunidades terapêuticas (CFP, 2018; IPEA, 2017) apontam para a presença de situações semelhantes à prisionização, indiciando essas instituições como dispositivos atuais importantes na rede do sistema penal paralelo, e, por consequência, o aumento do exercício do poder punitivo frente a uma parcela da população. Estudos anteriores já apontavam para o uso de técnicas de disciplinamento restritiva de liberdade quanto ao acesso aos meios de comunicação, documentação, escolhas individuais de vestimenta, dentre outras (IPEA, 2017).

Em um contexto de demanda por neutralização de indesejáveis, a reinvenção da prisão atinge a todos aqueles percebidos como desviantes. A população de rua rotulada como usuária de *crack* demanda, entretanto, um cuidado diferenciado do tratamento penal comum. A necessidade de lançar mão de instrumentos de neutralização, pela via da psiquiatria, tampouco pode dar conta satisfatoriamente dessa população. A Reforma Psiquiátrica reduziu significativamente os leitos de internação psiquiátrica, ao passo que a população brasileira aumentou. As comunidades terapêuticas, assim, emergem, para as funcionalidades do capital, como a agência adequada a tratar essa parcela da população, situando-se entre a resposta médica e a punitiva, para sujeitos que são representados no imaginário social como potenciais criminosos, imprevisíveis, e que não respondem por si mesmos.

Enquanto uma das características mais marcantes da política criminal contemporânea é a erosão da perspectiva correccionalista, do ideal de reabilitação, as comunidades terapêuticas estão fundadas justamente neste ideal. Nada mais idealista, hoje, no Brasil, do que o ideal de reabilitação prometido pelas comunidades terapêuticas. Seu principal discurso de legitimação é a capacidade de recuperar “dependentes químicos”; sua denominação supõe um lugar de “terapia” e sua missão é a cura de indivíduos

adoecidos. A perspectiva da reabilitação está estampada em muitos dos nomes destas CT's, como: Associação de Reabilitação Paraíso da Vida, Centro de Recuperação e Reabilitação Vida Plena, Centro de Reabilitação Cidade Viva dentre outras (CFP, 2011).

Como dispositivo de um sistema penal paralelo e complementar da política criminal oficial, podemos considerar algumas questões para explicar essa funcionalidade do discurso de reabilitação. Assim, não pode ser descartada a possibilidade de que as CT's se expandam ainda mais pela capacidade que as novas normatizações sobre drogas tendem a lhe conferir, possibilitando integrar um combo “internação psiquiátrica”: uma internação compulsória seguida de mais tempo em comunidade terapêutica na forma de internação voluntária. Impossível não suspeitar de se tratar de uma voluntariedade viciada, tal como uma “pena” alternativa, para não se submeter à uma internação involuntária fundamentada pelo uso prejudicial de drogas (ARAUJO, 2019).

Na periferia do capitalismo, o correccionalismo e a retribuição não demonstraram nenhuma contradição, funcionando o discurso correccional como mera legitimação a encobrir práticas herdadas da escravidão, de açoites e castigos físicos. Da mesma forma, sem renunciar ao suplício e das mortes que marcam a realidade político-criminal latino-americana, o discurso correccionalista legitima a demanda por neutralização, que nem sempre pode ser alcançada pela via do sistema penal, pois este nem sempre pode prescindir das garantias processuais penais.

Além disso, as agências penais oficiais precisam fazer a gestão de casos mais graves e a gestão diferencial das ilegalidades populares.

No contexto ultraneoliberal, faz mais sentido tentar conter indesejáveis por meios menos dispendiosos, como uma comunidade terapêutica, do que por meios mais caros, como a prisão. Em todos os casos, o discurso correccionalista das CT's funciona como uma miragem de redenção possível, um estelionato praticado em meio a já descrença total de que os “dependentes químicos” possam ter qualquer reabilitação (ARAUJO; DUARTE, 2020). Nem a ascensão das comunidades terapêuticas contradiz o diagnóstico da Criminologia contemporânea (GARLAND, 2014) de que o ideal de reabilitação tenha ruído, nem esta erosão do ideal de reabilitação é incompatível com considerar as CT's como instrumentos integrados à política criminal contemporânea.

O estigmatizado usuário de *crack* das ruas é visto como um sujeito perigoso, e que não se enquadra na teoria da escolha racional, teoria própria da nova cultura do controle do crime (GARLAND, 2014). Apesar de cometer, em geral, pequenos crimes, este sujeito é representado, ora como um perturbador do ambiente, ora como um sujeito imprevisível, capaz de uma atroz violência por motivos banais, precisando ser contido antes que produza danos. Assim, instituições que se situam no meio do caminho entre o tratamento moral e a punição propriamente dita, com objetivos meramente neutralizadores, fazem todo o sentido.

A força das comunidades terapêuticas pode residir muito mais na sua funcionalidade para o sistema de controle social e exercício do poder punitivo do que pela sua pretensa posição como instituição de tratamento e de “interesse à saúde”. Afinal, tratar a conflitividade social pela via punitiva frente à juventude negra e pobre é o caminho histórico das classes dominantes para assegurar a ordem social desigual herdada da escravidão (BATISTA, 2010).

### 3 Política de Drogas e o Proibicionismo

Os usos de drogas sempre fizeram parte da humanidade, desde o início das primeiras civilizações e conforme a cada processo social, econômico e histórico, ocorreram mudanças, tanto nas formas de uso e seus efeitos, como nas repercussões sociais para cada sujeito social e sociedade determinada.

Portanto, para adentrar no histórico do proibicionismo as drogas, torna necessário compreender o mercantilismo, surgido entre os séculos XV a XVIII no período conhecido como Idade Moderna, marcada pela expansão das navegações, assim:

[...] a partir da Europa, de um sistema econômico, político e militar mundial baseado na exploração de recursos ultramarinos que se tornaram algumas das principais mercadorias da acumulação do capital, da alteração da vida cotidiana e, da cultura alimentar e farmacológica ocidental. O mercantilismo se expandiu na disputa destes produtos, cujo comércio constituiu a maior parte da atividade das primeiras campanhas mercantis, estimulando o surgimento da primeira bolsa de valores e do primeiro banco municipal em Amsterdam (CARNEIRO, 2018, p. 15).

A expansão do mercantilismo se deu através do comércio de produtos exóticos e luxuosos que se globalizaram e se vulgarizaram como especiarias, o açúcar, as bebidas alcoólicas, o chocolate, o café, o chá, o tabaco e o ópio. Estimulantes estes que geraram arrecadação fiscal e mobilização de poderosas forças navais, no qual uma enorme rede de tráfico de drogas exóticas e valiosas que conquistam novos consumidores em todos os continentes. O consumo de droga é uma condição humana potencializada na era mercantil e industrial e ainda hoje alcança a dimensão do uso cultural medicinal ao uso recreativo (CARNEIRO, 2018).

Na segunda metade do século XIX, com o desenvolvimento da ciência e das indústrias, houve a descoberta de drogas mais potentes, não prevalecendo somente as de extratos naturais. As indústrias, diante dessas descobertas, passaram a desenvolver diversas outras drogas que prometiam efeitos estimulantes maiores ainda, assim foi estabelecido, a partir dos países centrais, o processo de suas regulamentações.

Assim, o consumo sempre esteve relacionado aos valores e costumes de cada época histórica. Porém, foi a partir do século XX que um conjunto de plantas e substâncias passou a ser considerado danoso, a ponto de serem geradas proibições legais quanto ao seu uso (FIORE, 2012). Destaque que são muitos os debates existentes em relação as razões da criminalização dos usos de drogas e suas motivações, ressaltando que, muitos desses aspectos, tem origem em questões religiosa, moralista e política.

O processo das primeiras vedações ao consumo de drogas é diverso, principalmente, quando analisamos a partir de cada nação e determinado contexto sócio-histórico. Em relação aos principais marcos históricos, que envolvem a relação política entre alguns países, tem-se o a Conferência de Xangai, ocorrida na China, em 1909, com a defesa de mecanismos internacionais de controle e de restrições ao comércio do ópio (RODRIGUES, 2004).

Esta conferência resultou no Tratado de Haia, em 1912, envolvendo um conjunto grande de países que, segundo Carneiro (2018, p. 63), determinaram conseguir a “gradual supressão do abuso do ópio, morfina, cocaína e outras drogas preparadas ou derivadas destas substâncias que provoquem ou possam provocar abusos semelhantes mediante “efetivas leis para o controle da produção e da distribuição do ópio”. A ocorrência deste evento, no contexto histórico, foi no período que ocorreu a Primeira Guerra mundial, tendo como



principal promotor os Estados Unidos da América, que após derrotarem os alemães, passaram a tentar dominar o mercado farmacêutico, antes do predomínio germânico, inclusive com a obtenção do acesso a diversas drogas, entre as quais, a aspirina (CARNEIRO, 2018).

É, portanto, no século XX, que nasce o estatuto da proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras. No que se refere à proibição do álcool, é possível destacar a Lei Seca nos EUA, entre 1920 e 1933, representando o primeiro proibicionismo, o das bebidas alcoólicas, criando uma esfera particular de hipervalorização capitalista, que produziu fortunas no tráfico de bebidas nesse país.

Cabe ressaltar que ao juntar os elementos religião e proibição, o movimento pela abstinência esteve em consonância com a vertente religiosa do neoprottestantismo britânico e estadunidense. Este movimento conhecido por despertar grupos congregacionistas, até não-denominacionais, ou seja, sem igrejas, além da própria e que se afirmavam como defensores de uma visão otimista de alcance universal da graça, diferentemente do protestantismo tradicional luterano, calvinista e metodista, presente nesses dois países do norte global e que, em se tratando da Inglaterra, muito contribuíram, no contexto da Revolução Industrial (1760-1840), para o disciplinamento do operariado fabril nascente, na submissão a privação e tensão nas primeiras fabricas do país (CARNEIRO, 2018).

Assim, a proibição do álcool foi sendo atrelada ao crescimento do capitalismo e ao enquadramento do trabalhador às leis estabelecidas. Esse período favorece o comércio ilegal promovido pelas máfias, a presença da repressão policial e a ideia da embriaguez como crime. Portanto, com o passar do tempo, mesmo que o proibicionismo ganhasse força na política interna norte-americana e na política internacional de controle às drogas, entre os anos 1920 e 1933, surgiram dúvidas com relação a esse modelo político. A lei seca, neste contexto, acabou após a crise de 1929 em conjunto com a iniciação da participação política na luta contra a proibição. Houve ainda, pós-1928, a própria indústria do álcool, em que grupos empresariais passaram a financiar a associação e suas campanhas publicitárias (CARNEIRO, 2018).

A repressão às drogas se retorna de forma sólida no ano de 1970, com a declaração literal de “guerra às drogas”. Nos primeiros anos, o foco das ações se deu no tratamento e na prevenção, por meio da criação

de clínicas para o tratamento dos considerados dependentes químicos. É importante ressaltar que, em muitos casos, o tratamento se dava de forma compulsória, ignorando a vontade ou não dos usuários em buscar ajuda. Esse modelo, por meio da força política imperialista dos EUA, foi disseminado e alcançou o mundo todo.

Nos países latino-americanos, dentre eles, o Brasil, a principal política de enfrentamento às drogas tem raízes conservadoras do proibicionismo norte-americano. O processo de proibição às drogas também está associado à recuperação do capitalismo no pós-guerra e, concomitantemente, à criminalização da pobreza. Assim, compreende-se a relação entre a proibição às drogas e o avanço do capitalismo nos países das Américas. Em relação ao Brasil, a lógica proibicionista é incorporada conforme é fomentado o processo de industrialização no país.

Desta forma, o histórico da política de drogas no Brasil se relaciona à lógica proibicionista. A demarcação dessa proibição se dá por meio de legislações por parte do Estado brasileiro, como é o caso do Decreto n. 14.969, no ano de 1921, em que se estabelecia o tratamento compulsório para os sujeitos em uso prejudicial de drogas, como também o Decreto n. 4.294, do mesmo ano, que instituía pena de prisão pela venda de ópio, morfina, heroína e cocaína, permitido apenas para o uso medicinal. Esses decretos foram estabelecidos no período pós-Primeira Guerra Mundial, o que evidencia certa relação histórica com esse acontecimento e, também, com o processo de industrialização que marcou o avanço do capitalismo no país.

Na década de 1930, com o Governo Provisório, de Getúlio Vargas, tem-se a gradual transição da liberação para a regulamentação do uso das drogas. Em 1940, o proibicionismo ganha mais força no Brasil e, dessa forma, a punição se fortalece e os sujeitos vão se tornando de criminosos a doentes. Entre os anos de 1961 e 1964, com o golpe militar, aconteceram mudanças significativas. A presença da censura, os tribunais de exceção e a supressão de direitos humanos e individuais marcaram esse período.

Nesse sentido, na década de 1970 e início dos anos 1980, o processo de redemocratização do Brasil se fortaleceu, assim como a luta pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Na década de 1970, a partir da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, em 1977, as drogas passaram a constituir o rol de substâncias proibidas. A convenção supostamente mostrava-se

preocupada com a saúde e bem-estar da humanidade, decididos a prevenir e combater o uso indevido e o tráfico de drogas, demonstrando que, contra o uso indevido, havia a necessidade de uma união de esforços internacionais. Assim, o proibicionismo ganha novo e importante impulso (ARAÚJO, 2017).

No que se refere ao conteúdo da legislação brasileira sobre drogas, mudanças significativas acontecem a partir dos anos 2000. Por mais que a política de drogas e o Estado brasileiro sejam alinhados ainda ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política, ainda que persistam as contradições iminentes de uma estrutura político-organizacional militarizada para o enfrentamento às questões relacionadas às drogas (DUARTE, 2015).

No campo da saúde mental, a temática do álcool e outras drogas deu-se de forma retardada, somente no ano de 2002, através da Portaria GM/MS n. 336 (BRASIL, 2002). Emergem os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad), com a redução de danos e a promoção da autonomia dos usuários, como direção ético-política no novo modelo de cuidado (BRASIL, 2003), a atenção psicossocial.

Dessa forma o movimento seria na contramão das ações proibicionistas impresso no modelo moral em relação aos usuários e seus usos de drogas, como inverso a criminalização dos mesmos frente ao encarceramento dos “imorais”. Tendo em vista que a “guerra às drogas”, de fato, não se refere a uma guerra contra as drogas, mas as pessoas em que se encontram em situação de pobreza, periféricas e fogem dos padrões e normas ditadas pelo capital.

A partir do ano de 2010, no cenário nacional, uma onda conservadora se construiu sobre uma midiática epidemia do *crack*. Diversos atores sociais e institucionais, como na saúde, assistência social, segurança pública e das religiões cristãs, passaram a defender a internação em massa, de forma compulsória e forçada, para usuários de *crack* (TOMAZ, 2020). Neste cenário, como estratégia nacional, foi implementada, no último ano do governo Lula, o Plano Nacional de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (BRASIL, 2010). Com ele amplia-se leitos para atender usuários, dos 6.120 leitos, 3.620 foram destinados à rede pública de atenção à saúde e os 2.500 leitos foram destinados às comunidades terapêuticas, que se encarregaram de acolher, em regime de residência, pessoas com

transtornos decorrentes do uso ou abuso de *crack* e outras drogas, sem comprometimento clínico grave.

Em 2011, no primeiro ano do governo Dilma Rousseff, emerge o Programa “*Crack, é possível vencer*”, com o objetivo de enfrentar o tráfico, as organizações criminosas e mapear atividades de prevenção (BARCELLOS, 2017). Este contou com ações dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos. O programa propôs a estruturação de três eixos de ação: cuidado, autoridade e prevenção (BRASIL, 2011) e sustentou o aumento de leitos públicos e privados.

Ademais, é de 2015 em diante, no segundo mandato do governo Dilma Rousseff (2015-2016), a configuração política no campo da saúde mental, álcool e outras drogas muda, com fortes posicionamentos ultraneoliberalistas, na defesa do isolamento como tratamento e da religião como cura. Com o governo Temer (2016-2018) deu-se continuidade ao desmonte em curso, através da diminuição de recursos para os CAPS, aumento do financiamento das comunidades terapêuticas e para os hospitais psiquiátricos tradicionais, bem como a redução dos espaços de participação e controle social (REVADAM; SCARTEZINI, 2020).

A presença de um Estado brasileiro com traços ultraneoliberais aponta para o avanço da medicalização, da medicamentação, enfrentamento do corporativismo médico, ausência de psiquiatras na rede pública de saúde mental e atenção a crise olhada pela perspectiva da internação (DUARTE, 2018). Nesse contexto, ainda tem a aprovação da Emenda Constitucional n. 95 (BRASIL, 2016), que limita por vinte anos os gastos públicos, que já estavam subfinanciados e que gera mais cortes de verbas para a área da saúde.

Assim a contrarreforma do Estado se acirra pelo ultraneoliberalismo no governo Bolsonaro, “marcado pela não-comunicação com os movimentos sociais” (TOMAZ *et al.*, 2020, p. 97) no campo das drogas e isso implica, particularmente, na aprovação da Lei n.13.840 (BRASIL, 2019) que altera as demais leis relacionadas a garantia de cuidado antimanicomial, através da autorização de internações compulsórias e acolhimento nas comunidades terapêuticas com abordagens ao enclausuramento. De acordo com Farias (2019), de um lado, lucra-se imensamente com a loucura e as drogas, a partir das internações e, no caso da última, com a ilicitude; e, de outro, a moralização dessas questões, numa perspectiva de higienização social, legitimada pelo moralismo ultraneoliberal, potencializando lucros e violando direitos.

Observa-se, dessa maneira, que o proibicionismo vem sendo uma estratégia biopolítica totalitária de controle estatal das substâncias ingeridas ou consumidas pela população, desde os regimes de poder dos soberanos que subsiste na forma da “guerra às drogas”.

#### **4 Desafios do Cuidado aos Usuários de Drogas na Atualidade**

A trajetória histórica do Brasil, como vimos, tem sido marcada pela repressão ao cultivo, comercialização e usos de drogas, tendo como fenômeno consequente dessa marca, a estruturação da exclusão social e da violência contra os sujeitos inseridos nesse processo de consumo de drogas pela sociedade. Contudo, nesta parte do capítulo, focaremos na análise os sujeitos que fazem uso prejudicial de drogas e os desafios que o cuidado com esse público tem colocado, atualmente, para os profissionais do campo da saúde mental e drogas.

Para que a compreensão acerca dos desafios enfrentados na promoção do cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de drogas se conecte com a experiência cotidiana vivida nos serviços, utilizamos os dados coletados em entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), de modalidade II, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2021.<sup>9</sup>

Inicialmente, registramos que um conjunto de fatores sócio-históricos e político-econômicos perpassa pelo cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de drogas, interferindo nas formas de organização e respectiva qualidade dos serviços públicos de atenção psicossocial voltados à esse segmento populacional. Esses fatores são capazes de influenciar até mesmo na possibilidade de existência desses serviços enquanto concretização de uma política pública, que pretende romper com formas manicomial e proibicionistas de cuidado.

Um dos desafios cotidianos que se coloca para as equipes que compõem os serviços de atenção psicossocial diz respeito às diversas violências que circundam a vida desses usuários, sejam elas experienciadas por esses

<sup>9</sup> Trata-se de uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/Rio), com o protocolo n. 40621020.0.3001.5279. Cf.: SILVA, 2021.

sujeitos nas ruas da cidade, na rede de serviços públicos e/ou privados ou na sua própria comunidade.

A limpeza étnico-social, perpetrada pelo racismo de Estado (FOUCAULT, 2005), como estratégia biopolítica, revela a estratégia do poder sobre o corpo social, impetrando a necropolítica (MBEME, 2018), principalmente, nas periferias e favelas da cidade. É neste contexto, portanto, que emergem as barreiras simbólicas que impedem e/ou dificultam o convívio em sociedade e obstaculizam o acesso a rede de serviços públicos, em particular da saúde e as ações abusivas e de morte tanto da polícia, marcadamente hostil, como das facções criminosas nos próprios territórios de circulação dos usuários de drogas, estes são alguns dos ingredientes no cardápio das violências suportadas pelos sujeitos atendidos nos CAPSad.

As barreiras simbólicas são encontradas constantemente pelos usuários de drogas em diversos serviços públicos e são produzidas tanto pela população que frequenta tais locais quanto pelos profissionais atuantes nesses espaços, que acabam agindo segundo ideias moralistas fundamentadas no proibicionismo e na (re)ascensão dos processos manicomializantes capazes de (re)criar barreiras sociais dentro e fora do campo da atenção psicossocial (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

O olhar moralista decorrente da história pregressa de tratamento da questão dos usos prejudiciais de drogas associa o usuário à criminalidade, vagabundagem, ausência de força de vontade ou falta de Deus, invisibilizando a problemática social e a questão da saúde pública existentes nesse processo e punindo, implicitamente, o usuário por meio da sua culpabilização enquanto sujeito social e de desejo.

No que tange à violência física e armada inerente a alguns territórios, o risco de morte na vida dos usuários e dos profissionais que compõem as equipes envolvidas no cuidado se apresenta como um dos desafios enfrentados, frequentemente, que vem se delineando de modo complexo, visto que envolve tanto a disputa de facções e milícias pelo poder no território quanto pela ação do Estado na chamada “guerra às drogas”:

Tem a questão de como você vai entrar naquela favela, você pensando que dependendo de qual favela se está falando tem incursão policial e às vezes você tá trabalhando num CAPS. Muitas vezes a Clínica da Família estava em amarelo ou vermelho e acabava você não podendo chegar até aquele

usuário e, ao mesmo tempo, eu ficava incomodada com qual era o cuidado e muitas vezes o cuidado era controlar se ele tomou o depósito ou não. Era o máximo que a gente conseguia muitas das vezes, porque é muito mais difícil quando a gente pensa na questão da rede territorial, o CAPS, a Clínica da Família. (Informante A)

Essa violência contumaz no trato com os usuários de drogas, seja ela física ou simbólica, resulta do proibicionismo, do histórico higienista do país e da cultura moralista brasileira, que tem como pilares de sustentação o racismo estrutural da nossa sociedade, o conservadorismo institucionalizado e os preconceitos relacionados ao que se lhe apresenta como inabitual.

No Brasil, principalmente, a partir da última década, grupos políticos caracteristicamente ultraneococonservadores tem ganhado força e amplo apoio populacional, o que tem alavancado sua ocupação em diversos espaços político-partidários decisivos, inclusive nas esferas governamentais nas três esferas da gestão do Estado brasileiro, acarretando profundas alterações no cenário das políticas públicas, e, para o nosso estudo, duas se destacam: a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) e a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019).

Destaca-se que desde o ano de 2010 a questão do uso prejudicial de drogas, principalmente, o *crack*, como vimos acima, se tornou um assunto chave para a mídia hegemônica, que disseminou largamente a ideia de “epidemia do *crack*” e reafirmou, em coro com grupos ultraneococonservadores, a impossibilidade de cuidado aos usuários em liberdade, de forma horizontalizada e laica. Notoriamente, a difusão de tais pensamentos como uma verdade acentuou a antiga disputa entre comunidades terapêuticas, de um lado e profissionais e gestores do campo da atenção psicossocial e saúde pública, por outro, em virtude do fundo público destinado a essa área (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Farias (2019) explica que esses grupos ultraneococonservadores são produtos do rompimento da “nova direita” com características da conhecida “velha direita”. Nesse sentido, os novos aspectos identificados pela autora concentram-se no enfoque dado por estes grupos à família tradicional, a partir do interior das instituições públicas, o que tem diluído a divisão necessária entre as esferas pública e privada. Além disso, a denominada

família tradicional passou a ser utilizada como argumento para desconstrução progressiva de direitos sociais, particularmente, de maneira mais intensa no que se refere aos grupos minoritários.

Essa diferenciação se constitui também a partir do foco que a “nova direita” dá às formas autoritárias de ação do Estado e exaltação do período ditatorial vivenciado no Brasil, à glorificação da repressão social, à violência nas relações, intolerância religiosa, promoção deliberada dos crimes de LGBTQIAfobia (FARIAS, 2019) e de racismo, além das ofensivas antigênero.

Assim, considerando tais colocações, podemos compreender como os grupos ultraneconservadores vêm encontrando cada vez mais espaço para interferência política nos assuntos relacionados aos usuários prejudiciais de drogas e como o enfrentamento a esse discurso é um desafio cotidiano. Tendo em vista que há uma valorização das formas violentas, segregadoras e punitivistas das relações sociais, incluindo aquelas relacionadas às internações dos usuários em instituições asilares, como, por exemplo, os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas.

A imposição de afastamento do convívio social e familiar e a necessária condição de abstinência dos usuários dentro das comunidades terapêuticas se choca com os princípios organizadores do cuidado em rede e implementados pelos CAPS, que valorizam a circulação pelo território e a convivência familiar e seus pares. Esse posicionamento se alinha às formas horizontalizadas e democráticas das relações sociais, que compreendem o cuidado a partir do respeito às particularidades, subjetividades e necessidades de cada sujeito singular.

Nesse sentido, consideramos que o cuidado aos usuários de uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPSad, baseado e afirmado pela autonomia de cada sujeito no tratamento, nas possibilidades e limites de cada um, de acordo cada singularidade e subjetividade, configura-se como uma aposta na vida e na potência do cuidado e do diálogo, transformando-se em uma ação de resistência frente ao cenário de remanicomialização, autoritarismo e ode aos preconceitos:

[...] uma das facetas do conservadorismo é essa coisa chapada que coloca: “Tá na rua, usa droga, é negro, tem que morrer... É para matar, é isso.” Quando essas pessoas são acolhidas e alguém diz que tem muito interesse em saber da situação de vida e, ao mesmo tempo, está fazendo uma aposta em alguma



outra coisa, acho que é uma clínica não conservadora, porque o discurso da droga é muito atravessado por esse discurso organicista e tem toda uma mitologia de que as drogas fazem coisas. (Informante B)

Contudo, apesar desse direcionamento do trabalho desenvolvido nos CAPSad, que se fundamenta na lógica de redução de danos e no cuidado em liberdade (BRASIL, 2003), identifica-se que a atual diretriz política governamental voltada para a questão dos usuários de uso prejudicial de álcool e outras drogas se baseia na abstinência e no isolamento, tendo a internação em hospitais e comunidades terapêuticas como a via principal para se lograr um suposto êxito no tratamento, além de aumentar o faturamento por cada paciente ali internado.

Assim, ainda que os trabalhadores dos CAPSad construam resistência cotidianamente diante dos retrocessos jurídico-políticas atuais, as decisões tomadas na esfera dos poderes legislativo e executivo levadas adiante, principalmente, pela pressão dos grupos ultraneconservadores, tem impactado paulatinamente e de forma negativa no cuidado aos usuários de drogas nos serviços públicos da atenção psicossocial do SUS.

Isso tem acontecido porque é evidente o investimento financeiro e político por parte do Estado nestas instituições manicomiais em detrimento do conjunto de serviços públicos de base territorial constituintes da rede de atenção psicossocial do SUS. Todavia, esse desinvestimento no público, tem interferido no cuidado oferecido aos usuários, reduzindo a capacidade de promover ações pelo território e pela intersetorialidade, no sentido de aproximar as equipes, a população e os serviços públicos intersetoriais componentes da rede ampliada de cuidado em saúde mental e drogas:

A gente vem nos últimos anos vendo um processo de sucateamento tanto no sentido da política pública mais ampla, um retrocesso em relação a algumas direções de trabalho do SUS, da saúde mental, da questão de álcool e drogas especificamente. Isso também tem um impacto econômico, um impacto no sentido de como vai acontecendo ou não acontecendo o financiamento dos serviços. Aí acho que no campo AD a coisa mais grave e gritante em relação a isso é que nos últimos dois anos houve muito financiamento de comunidades terapêuticas, via SENAD, especialmente, via governo federal. E muito menos investimento nos serviços de álcool e drogas do próprio SUS, o

que é uma contradição, o que é muito estranho, enfim. Então, tem havido um certo endossamento por parte do governo federal dessas alternativas que não são do SUS, especialmente as comunidades terapêuticas. (Informante B)

Verifica-se que os serviços públicos de saúde mental vêm sendo alvo de um processo de sucateamento iniciado já no final da década de 1990, após a implantação do SUS, seguindo a lógica neoliberal espalhada por grande parte do mundo, a qual tem se intensificado nos últimos anos e se caracterizado tanto pelo baixo ou quase inexistente investimento em recursos humanos quanto em recursos materiais, ambos necessários ao pleno funcionamento dos serviços públicos de saúde em termos gerais.

Em contrapartida, as comunidades terapêuticas foram alçadas ao ponto principal de investimento por parte do governo federal, desde 2019, quando o assunto é atenção aos usuários de drogas, pois essas instituições têm atuado como representantes da moral religiosa branca e cristã enquanto, concomitantemente, punem os sujeitos desviantes da conduta almejada e geram lucros através das parcerias público-privadas com o Estado.

É importante pontuar que a privatização da coisa pública, seja de modo direto ou indireto, é um dos pontos de grande impacto para o desenvolvimento do trabalho nos CAPSad, uma vez que o cuidado em liberdade é baseado na redução de danos e sustentado pelo vínculo subjetivo entre profissionais e usuários dos serviços. Entretanto, a alta rotatividade dos profissionais nas equipes, em consequência dos contratos de trabalho precários e flexibilizados, pode comprometer o processo de trabalho do cuidado a longo prazo e afastar os usuários dos serviços, além de reiterar a ideia do senso comum de ineficiência do cuidado em liberdade.

Destarte, consideramos que as atuais políticas nacionais sobre Drogas (BRASIL, 2019) e de Saúde Mental, através da Portaria GM/MS n. 3.588 (BRASIL, 2017), além das demais alterações normativas recentes de cunho manicomial e punitivista, ilustram a remanicomialização do cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de drogas e explicitam a guinada ultraneoliberal do Estado brasileiro, que vem submetendo autoritariamente as políticas públicas aos interesses privados dos grupos de extrema-direita que conjugam ideias ultraneoliberais, em termos político-culturais e ultraneoliberais, em termos político-econômicos.

## 5 Considerações Finais

Tomar o debate da política pública e da produção do trabalho do cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de drogas no campo da saúde mental e drogas é assumir uma posição ética-política pelo cuidado em liberdade, na perspectiva antimanicomial e antiproibicionista, rompendo com as lógicas conservadora, racista, sexista, colonial e capitalista que estruturaram e ainda se mantêm na estrutura do Estado e da formação social brasileira. Particularmente, quando analisamos a história das políticas de drogas e identificamos o poder punitivo e o proibicionismo como expressões de controle social dos sujeitos e seus corpos que são mais ainda reforçadas na atualidade pelas comunidades terapêuticas e as práticas de violação de direitos (CFP, 2018; IPEA, 2017).

Observamos que a lógica e a estratégia da repressão como tratamento aos usuários de uso prejudicial de drogas, não se limitam ao campo da saúde mental e drogas, ainda mais quando tomamos a interseccionalidade dos marcadores sociais de diferença, de desigualdade e de opressão que constroem o público-alvo da “guerra às drogas”. Essas subjetividades são identificadas concretamente, são jovens, negros, periféricos, pobres e de baixa escolaridade. São identificados, pelo ultraneoliberalismo em conjunto com o ultraneoliberalismo, como os corpos indesejáveis e/ou perigosos (RAUTER, 2003).

Assim, o projeto político em vigor e gerido pelo Estado brasileiro tem focado suas ações no campo da saúde mental e drogas, no que se configurou chamar de contrarreforma psiquiátrica, intensificando a remanicomialização, a mercantilização e a medicalização tanto pela loucura como das drogas, e isso, como tratamos neste capítulo, é observado na centralidade das internações nas comunidades terapêuticas e nas instituições psiquiátricas, além dos cortes no financiamento para o setor público e o incremento nos setores privados. O que vem acarretando no desmonte e desestruturação, tanto da política pública como do trabalho do cuidado, afetando diretamente trabalhadores, usuários e familiares, que por um lado, tentam resistir, e por outro, inventarem novas formas atualizadas de fazer com que a liberdade seja terapêutica.

## Referências

ANITUA, G. I. **Histórias dos pensamentos criminológicos**. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

ARAUJO, R. C. C. de. **Alterações da política de saúde mental e a expansão do poder punitivo: drogas, comunidades terapêuticas e modelos de cuidado**. 2019, 164f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

ARAUJO, R. C. C. de; DUARTE, M. J. de O. Comunidades terapêuticas, drogas e poder punitivo: implicações éticas ao trabalho profissional no campo da saúde mental. *In: MELO, A. I. S. C.; CARDOSO, I. C. da C.; FORTI, V. L (orgs.). Trabalho, reprodução social e serviço social: desafios e utopias*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

ARAÚJO, B. S. S. de. **Criminologia, feminismo e raça: guerra às drogas e o superencarceramento de mulheres latino-americanas**. 2017, 107 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2017.

BARCELLOS, W. S. As políticas sobre drogas e os desafios recentes ao proibicionismo. *In: DUARTE, M. J. de O et al. (org.). Serviço Social, saúde mental e drogas*. Campinas: Papel Social, 2017.

BATISTA, V. M. Depois do grande encarceramento. *In: ABRAMOVAY, P. V.; BATISTA, V. M (orgs.). Depois do grande encarceramento*. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 336**, 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília (DF), n., p., 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7.179**, de 20 maio 2010. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), n., p., 21 maio 2010. p. 43.

BRASIL. **Crack, é possível vencer**: enfrentar o *crack*, compromisso de todos. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. **Ementa Constitucional n. 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.588**, 21 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), n. 245, p. 236-238, 22 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), n., p. 7, ed. 70-A, extra, 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei n. 13.840**, de 5 de junho 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. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), p. 1, 06 jun. 2019.

CARNEIRO, H. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia literária, 2018.

DE CASTRO, L. A. **Criminologia da libertação**. Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Quarta Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DUARTE, M. J. de O. Da lógica manicomial a rede de atenção psicossocial a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. *In*: FERNANDEZ, O. F. R. L. *et al.* (orgs.). **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EdUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

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

FARIAS, L. L. **Estado, nova direita e contrarreforma**: uma análise sobre os atuais parâmetros da política de drogas no Brasil. 2019, 130f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GARLAND, D. **A Cultura do controle**: crime e ordem social na sociedade contemporânea. Trad., apresentação, notas: André Nascimento. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 44, p. 111-138, maio-ago., 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 25 abr. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras** - Nota Técnica, n. 21. Brasília: IPEA; DIEST, 2017

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

RAUTER, C. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REVADAM, R.; SCARTEZINI, T. 50 anos em 5: como o Brasil está regredindo décadas na luta antimanicomial. **ComCiência** – Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, Campinas, v. 1., n. 214, p. 264-274, fev., 2020. (Dossiê 214: Saúde Mental)Disponível em: <https://www.comciencia.br/50-anos-em-5-como-o-brasil-esta-regredindo-decadas-na-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

RODRIGUES, T. **Política de drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC; FAPESP, 2004.

SILVA, T. R. da. **Transtorno mental grave e usos de drogas: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial**. 2021, 135f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

TOMAZ, M. *et al.* A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio-ago., 2020.

TOMAZ, M. Política de drogas e de saúde mental: avanço proibicionista e desafios atuais. **Serviço Social em Debate**, v. 3, n. 2, p. 96-108, dez., 2020

ZAFFARONI, E. R. *et al.* **Direito penal brasileiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.: v. 1, Teoria Geral do Direito Penal.





## CAPÍTULO 4

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ESPAÇO DE VIOLAÇÕES INTERDEPENDENTES DE DIREITOS HUMANOS

Patricia Carlos Magno<sup>10</sup>

### *Sem Chão Não se Caminha, sem Bússola se Perde*

Os alicerces teóricos desse estudo estão na teoria crítica dos direitos humanos (GALLARDO, 2019; HERRERA FLORES, 2009), de modo que parto de uma compreensão de que eles são processos de lutas por dignidade e estão sociohistoricamente situados, ou seja, sua matriz corresponde às lutas sociais.

Quando se olha para o direito enquanto instrumento, como mera “técnica procedimental que estabelece formas para ter acesso aos bens por parte da sociedade” (HERRERA FLORES, 2009, p. 18), se tem muito nítido que “os direitos não podem reduzir-se às normas”. Além disso, a importância que as normas que buscam garantir a efetividade dos direitos no âmbito internacional podem ter, se relaciona *umbilicalmente* com a potência de articulação das forças sociais internas. Os direitos humanos não são apenas discursos, são práticas sociais de resistência.

<sup>10</sup> A autora é doutora em direito pela UFRJ, com a tese “Nas Trincheiras da Luta Antimanicomial: uma sistematização da experiência da Defensoria Pública nos manicômios do Rio de Janeiro”. É mestre e graduada em direito pela UERJ. É defensora pública no estado do Rio de Janeiro desde 2001 e co-coordena do Projeto de Pesquisa e Extensão “Encruzilhadas: diálogos antirracistas” da ESS/UFRJ e DPRJ. Coordena o Grupo de Estudos “CAFELI” (Caixa de Ferramentas para a Liberdade) da DPRJ. Correio eletrônico: [aluno@patriciamagno.com.br](mailto:aluno@patriciamagno.com.br)

Por isso, lemos em Helio Gallardo (2019) que: os direitos humanos estão relacionados com a autonomia e a autoestima humanas, com a eliminação da guerra, com formas republicanas de configuração da autoridade política e com as instituições e lógicas democráticas. Trata-se de um imaginário otimista da existência, no sentido gratificante (ou libidinal) e superior, cujos eixos não são discursos ilusórios, mas práticas humanas. Os direitos humanos referem-se a uma ortopraxis (ações, instituições e lógicas libertadoras), não a uma ortodoxia (verdades discursivas porque doutrinárias). Traça, como toda experiência humana, muitos caminhos e contém também, como toda a experiência humana, fracassos e retrocessos. (GALLARDO, 2019, p. 88)

Exatamente porque a bússola que nos guia é crítica que “os fundamentos dos direitos humanos devem, então, ser buscados nos testemunhos, ou seja, nas experiências sociais historicamente situadas” (GALLARDO, 2019, p. 90). Nesse sentido, a universalidade, proclamada como característica dos direitos humanos, é falsa: “não inclui mulheres, crianças, estrangeiros e aqueles que parecem não contribuir para a manutenção da coisa pública (“acionista da empresa social”) ou não proprietários. A falsa universalidade é, assim, abstrata e homogeneizante” (GALLARDO, 2019, p. 92).

O pensamento de Gallardo guarda muita sintonia com o conceito de *universalismo de chegada* de Herrera Flores (2009), cunhado no marco da visão complexa dos direitos humanos que aposta em uma *racionalidade de resistência*, ou seja, naquela “que não nega que se possa chegar a uma síntese universal das diferentes opções ante os direitos e também não descarta a virtualidade das lutas pelo reconhecimento das diferenças étnicas ou de gênero” (HERRERA FLORES, 2009, p. 157).

Herrera Flores não admite que se considere o universal como um ponto de partida ou um campo de desencontros. Ele afirma que:

[...] ao universal, há que se chegar — universalismo de chegada ou de confluência — depois (não antes) de um processo de luta discursivo, de diálogo ou de confrontação em que se rompem os preconceitos e as linhas paralelas. Falamos do entrecruzamento de propostas, e não de uma mera superposição. O universalismo converter em universal e necessário, o particular, que nada mais é que um produto da contingência e da interação cultural, se apresenta como uma verdade absoluta. O universal e o particular

estão sempre em tensão. Referida tensão é que assegura a continuidade tanto do particular como do universal, evitando tanto o particularismo como o universalismo. Dizer que o universal não tem conteúdos prévios não significa que ele seja um conjunto vazio em que todo o particular se mescla sem razão. Falamos de um universalismo que não se imponha, de um modo ou outro, à existência e à convivência, mas sim que se descubra no transcorrer da convivência interpessoal e intercultural. Se a universalidade não se impuser, a diferença não se inibe. Sai à luz. Encontramo-nos com o outro e os outros com suas pretensões de reconhecimento e de respeito. Nesse processo — que denominamos “multiculturalismo crítico ou de resistência” —, ao mesmo tempo em que rejeitamos os essencialismos universalistas e particularistas, damos forma ao único essencialismo válido para uma visão complexa do real: aquele que cria condições para o desenvolvimento das potencialidades humanas, de um poder constituinte difuso que se componha não de imposições ou exclusões, mas sim de generalidades compartilhadas às quais chegamos, não das quais partimos (FLORES, 2009, p. 157-158).

Estudar as comunidades terapêuticas, no marco da teoria crítica dos direitos humanos, depende que convoquemos o que as lutas sociais de resistência no Brasil têm trazido sobre elas. Nesse ponto, valho-me do que o movimento da luta antimanicomial, aqui entendido em sentido amplo, como nos ensina Marco Duarte (2018), enquanto a luta por um projeto de civilização livre de estruturas de opressão.

No XI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (ENLA) que reuniu os militantes ao redor do tema “Resistência e Diversidade: Por uma Construção Coletiva de Enfrentamentos”, no GT2 “A Luta Antimanicomial e o movimento feminista: por uma sociedade livre dos manicômios, do patriarcado e todas as formas de exploração e opressão!”, facilitado por Melissa Oliveira, aparece referência aos manicômios judiciais, no registro das discussões:

No Brasil e no mundo, as instituições psiquiátricas — tais como hospitais psiquiátricos, manicômios judiciais, **comunidades terapêuticas**, entre outras voltadas para pessoas consideradas loucas ou com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, são historicamente marcadas pela internação de mulheres da classe trabalhadora, racializadas enquanto negras

ou indígenas, e para as quais as questões de gênero e sexualidade podem se apresentar como deflagradoras de processos de sofrimento psíquico ou de normatização compulsória de comportamentos. Diferenciadas por sua raça e etnia, as mulheres podem ser asiladas como loucas, agressivas, histéricas ou deprimidas, em uma lógica de redução das suas subjetividades. Se lésbicas ou bissexuais têm sua sexualidade reduzida a um desvio e se trans, travestis ou se pessoa não-binárias são patologizadas em suas identidades (MNLA, 2019, p. 27. grifo nosso).

Manicômios, prisões e conventos são espécies do mesmo gênero, dizia Goffman (2015). Rachel Gouveia Passos e Melissa de Oliveira Pereira (2019, p. 27) acrescentam a esse elenco os “espaços de medidas socioeducativas”, atualizando a Carta de Bauru (1987) que se referia à opressão “nas instituições de adolescentes”. Passos e Pereira na esteira desses pressupostos forjam a noção de “tripé institucional de sustentação da sociedade capitalista” e articulam imbricadas reflexões de gênero-raça-classe. Em suas palavras:

Consideramos, como Franco Basaglia (2010) e Angela Davis (2018), que as prisões, os espaços de medida socioeducativas e os asilos psiquiátricos, em seus múltiplos formatos, configuram-se enquanto o tripé institucional de sustentação da sociedade capitalista. Neste sentido, chamamos atenção para a importante intersecção do complexo industrial — prisional e da violência policial que se volta para as pessoas negras com os hospitais, instituições psiquiátricas e o complexo industrial-farmacêutico, sendo estes componentes essenciais e historicamente estratégicos na relação com aqueles considerados parte das “populações excedentes, descartáveis” (DAVIS, 2018, p. 102) (PEREIRA; PASSOS, 2019, p. 27) .

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) localiza, lado a lado, no capítulo 3 do relatório que sob análise, na mesma parte que trata das prisões de adultos e de adolescentes (locais de cumprimento de medidas socioeducativas), as comunidades terapêuticas.

São todas essas instituições exemplos de estruturas de opressão e violência, fundadas no sistema capitalista de produção. Thula Pires (2020) explica que, no capitalismo, o acesso a direitos não é para todo mundo.

Partindo dessa constatação, a autora assevera que o modo de garantir e criar condições institucionais para que apenas os eleitos tenham acesso às benesses do mundo capitalista é “gerindo a morte de quem fica de fora [...] quase todos pretos! Não há possibilidade de entender o funcionamento do capitalismo descolado das dinâmicas do racismo e dos seus desdobramentos sobre gênero e sexualidade” (PIRES, 2020, p. 64), especialmente nas sociedades capitalistas periféricas estruturadas na colonialidade do poder, do saber e do ser (LANDER, 2005b; MALDONADO-TORRES, 2007; QUIJANO, 2005).

Compreendendo os limites e as possibilidades do direito enquanto uma ferramenta produzida pelo sistema capitalista, a tarefa a que me proponho é a de buscar as fissuras (HOLLOWAY, 2013) que são possíveis de articular por meio de um uso emancipatório (SANTOS, 2003) do campo jurídico, manejando-o em sintonia com a luta antimanicomial, para ressignificá-lo em conformidade com o *pretuguês* de que fala Thula Pires (2017).

## 1 O Que é um Relatório de Visita de País da CIDH?

Faz parte do projeto da colonialidade do saber (LANDER, 2005a) manter distante o conhecimento das estruturas de proteção e defesa dos direitos humanos. Numa tentativa descolonizadora, vou estabelecer um panorama geral sobre os sistemas internacionais, para localizar a função da CIDH relacionada com as visitas a países e a consequente emissão de relatórios.

Inicialmente, puxo o fio da história que me fornece o fim da Segunda Guerra Mundial. A Europa estava arrasada. Antes de 1945, momento em que se localiza o nascimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH), com a criação das Nações Unidas (ONU), o movimento de internacionalização da proteção da pessoa humana pela comunidade internacional tinha sido ensaiado pela Liga das Nações.<sup>11</sup> Antes dela, ainda no século XIX, testemunhou-se a preocupação com a pessoa humana em situação de conflito armado, e diversas convenções internacionais para regulamentar o conceito de guerra justa criaram o Direito Internacional

<sup>11</sup> A Liga das Nações foi criada em 1920 após o término da Primeira Guerra Mundial, no bojo do Tratado de Versalhes. Foi extinta com a criação das Nações Unidas em 1945.

Humanitário (DIH).<sup>12</sup> Outro antecedente histórico fundamental para se compreender o desenho da proteção da pessoa humana enquanto sujeito de direito internacional relaciona-se com a preocupação com a pessoa trabalhadora, decorrente da Revolução Industrial. Foi fundada em 1919 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) para promover a justiça social e o trabalho decente enquanto condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável.

Com a criação da ONU tem início o chamado sistema universal ou onusiano de proteção dos direitos humanos. Ao lado dele, nasceram sistemas regionais de proteção: o europeu (1949), o americano (1948) e o africano (1963), por enquanto.

A CIDH é órgão do sistema regional interamericano. Ela pertence à estrutura da Organização dos Estados Americanos (OEA). Está na Carta da OEA dentre seus órgãos e o artigo 106 enuncia que terá a principal função de “promover o respeito e a defesa dos direitos humanos”, assim como servirá de órgão consultivo da OEA sobre a matéria.

Posteriormente, a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, que foi ratificado pelo Estado brasileiro no exercício de sua soberania, esmiuçou o funcionamento da aludida Comissão, assim como criou a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), que é órgão jurisdicional internacional a cuja competência aceitou se submeter o Estado brasileiro, no que tange aos assuntos relacionados com o cumprimento dos compromissos por ele assumidos.

A CIDH tem uma série atribuições que podem ser divididas de acordo com sua natureza em: políticas e contenciosas. A função contenciosa da CIDH se refere a sua atuação no bojo de petições apresentadas por vítimas ou seus representantes. São os casos que podem se tornar condenações internacionais, como o Caso de Damião Ximenes Lopes (CORTE IDH, 2006), tão importante para a luta antimanicomial no Brasil.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Refiro-me às convenções de Genebra. A primeira protege os soldados feridos e enfermos durante guerra terrestre e desde 1949 está na sua quarta versão, tendo nascido em 1864 (século XIX). A segunda protege os militares feridos, enfermos e náufragos durante guerra marítima, tendo substituído a Convenção de Haia de 1907. A terceira convenção de Genebra aplica-se aos prisioneiros de Guerra e a quarta outorga proteção aos civis, inclusive em território ocupado, sendo ambas de 1949.

<sup>13</sup> Cf.: BORGES, 2009; MACHADO; MISI, 2016; ROSATO; CORREIA, 2011.

A função política se ramifica em diversas atribuições, dentre as quais, destaco a de:

[...] formular recomendações aos governos dos Estados membros, quando o considerar conveniente, no sentido de que adotem medidas progressivas em prol dos direitos humanos no âmbito de suas leis internas e seus preceitos constitucionais, bem como disposições apropriadas para promover o devido respeito a esses direitos.

Cada vez que os membros da CIDH realizam uma visita a país membro da OEA, elaboram um relatório. Portanto, o Relatório que ora analisamos é produto dessa função, foi aprovado em 12 de fevereiro de 2021 e reúne os dados sobre a situação de direitos humanos recolhidos na oportunidade da visita, realizada em novembro de 2018.

Foi a segunda vez que a CIDH esteve no Brasil. A primeira visita foi em 1998, duas décadas antes. A tarefa de realizar um abrangente diagnóstico sobre a situação de direitos humanos em nosso país foi extremamente complexa, por conta da grande extensão territorial brasileira, assim como das distintas particularidades de cada região e de seus estados federados. Por esse motivo, a CIDH “optou por enfocar determinados temas e grupos afetados por processos históricos de discriminação e desigualdade estrutural” (CIDH, 2021).

O conceito de *desigualdade estrutural* é central para a elaboração dos parâmetros internacionais de proteção. No âmbito interamericano, ele tem sido desenvolvido junto com a análise jurídica do fenômeno multidimensional da pobreza, que vai situá-la enquanto *discriminação socioeconômica*.

Por que é estratégico compreender esses conceitos? Porque falar em discriminação significa falar na violação do dever estatal de respeitar e garantir o direito à igualdade. Nesse viés, em sendo o direito um — dentre vários — dos instrumentos que podem ser articulados nas lutas por dignidade, localizar a pobreza enquanto violação do dever estatal de promover políticas públicas para realizar o combate a ela, pode ser bastante mobilizador da agenda política.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Concretamente, “o sistema interamericano não só reconhece uma noção formal de igualdade, limitada a exigir critérios de distinção objetivos e razoáveis e, por tanto, a proibir certas diferenciações irrazoáveis de tratamento, caprichosas ou arbitrárias, senão que também avança até

Resgato do Relatório sobre Pobreza e Direitos Humanos (CIDH, 2017), que não decorre da visita a nenhum país, mas sim do estudo sobre determinado tema, o conceito de discriminação estrutural. Ela pode ser compreendida como o conjunto de normas, regras, rotinas, padrões, atitudes e pautas de comportamento, tanto de jure como de fato, que dão lugar a uma situação de inferioridade e de exclusão contra um grupo de pessoas de forma generalizada, as quais são perpetradas ao longo do tempo, inclusive por gerações, quer dizer, não se trata de casos isolados, esporádicos ou episódicos, mas sim uma discriminação que surge como consequência de um contexto histórico, socioeconômico e cultural.<sup>15</sup>

Exatamente nesse sentido é que o capítulo 2 do relatório “analisa a situação das pessoas afrodescendentes, incluindo as comunidades quilombolas [...], mulheres, povos indígenas, camponeses e trabalhadores rurais, pessoas sem-terra e sem-teto, assim como aquelas que moram em favelas e áreas periféricas” (CIDH, 2021, p. 11), buscando o ponto de conexão entre as violações sofridas por esses indivíduos e comunidades e a sua estreita vinculação com o processo de exclusão histórica no que diz respeito ao acesso à terra, bem como à privação efetiva a direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais.

O capítulo 3 do relatório discute que “a discriminação e a desigualdade estruturais também estão presentes nos sistemas prisionais, nos sistemas socioeducativos e nas comunidades terapêuticas” (CIDH, 2021, p. 11) e são espaços institucionais para a marginalização de pessoas afrodescendentes e das que vivem em situação de extrema pobreza.

Deste capítulo quero destacar o olhar da CIDH sobre o sistema de apoio às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, para destacar as deficiências apresentadas pelas Comunidades Terapêuticas, que foram observadas pela CIDH e que acabam inserindo seus usuários em situações que violam seus direitos, incluindo os direitos à liberdade de expressão e à religião.

---

um conceito de igualdade material ou estrutural que parte do reconhecimento de que certos setores da população requerem a adoção de medidas afirmativas de equiparação. Isso implica na necessidade de um tratamento diferenciado quando, devido às circunstâncias que afetam a um grupo em desvantagem social, a igualdade de tratamento suponha suspender ou limitar o acesso a um serviço, bem ou o exercício de um direito.” (CIDH, 2017, p. 60) Tradução livre do original em espanhol.

<sup>15</sup> Tradução livre do original em espanhol (CIDH, 2017, p. 136)



## 2 Pessoas Privadas de Liberdade em Comunidades Terapêuticas: o que diz a CIDH?

As pessoas institucionalizadas em comunidades terapêuticas (CT), ao lado dos adultos e dos adolescentes presos em espaços de penitenciárias e unidades socioeducativas, foram tratadas como pertencentes a *grupo em especial situação de risco*, em razão de registros de casos de tortura e maus tratos e outras privações de direitos.

O conceito utilizado no relatório é o do IPEA, segundo o qual “as comunidades terapêuticas no Brasil são entidades privadas de atenção a pessoas que fazem suposto uso problemático de drogas e álcool. Em particular, operam como residências coletivas temporárias que internam e muitas vezes isolam os pacientes para mantê-los em abstinência” (CIDH, 2021, p. 87).

Retomarei adiante o debate sobre abstinência e redução de danos. Neste tópico, trarei os elementos do relatório sobre os quais pretendo refletir na chave analítica apresentada.

Ocorre que delegação de serviços a entes privados, como a contratação de comunidades terapêuticas, chamada de “depublicização” (CIDH, 2021, p. 112), não afasta a responsabilidade internacional do Estado. Embora não sejam instituições públicas, ele é igualmente responsável por elas, notadamente aquelas financiadas por recursos públicos, como o caso de muitas das quase seis mil CT no Brasil.<sup>16</sup>

A inexistência de um marco regulatório coerente para o funcionamento das CT's no Brasil parece ter direta relação com o crescimento do número delas. O vácuo de legislação que defina a natureza destas instituições, quais os serviços que elas estão autorizadas a prestar e sua responsabilidade na garantia da dignidade daqueles que recebem seus serviços, não tem bloqueado a elevação do financiamento público, que não tem padrões definidos de concessão nem fiscalização,<sup>17</sup> sequer na lei de drogas, alterada em 2019 para definir as CT's como “pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento do usuário ou dependente de drogas”.

<sup>16</sup> Registra-se que mais de 316 recebem financiamento público (CIDH, 2021, p. 87). Enquanto o governo brasileiro fala em dois mil CT, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) calcula que o número chegue a quase seis mil.

<sup>17</sup> “A fiscalização inadequada dessas entidades por parte do Estado tem sido observada principalmente na concessão indevida de permissões de funcionamento”. (CIDH, 2021, p. 89).

A CIDH (2021, p. 88-89) entende que a “ausência de mecanismos de controle pelo Estado *abre espaço* para que práticas arbitrárias e violadoras de direitos humanos ocorram no âmbito destas instituições”, como como: a internação forçada, administração arbitrária de medicamentos, restrições de contatos familiares, trabalhos forçados abusos físicos, violação da liberdade religiosa e de consciência, e internação de adolescentes, amplamente descritas no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, elaborado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Ministério Público Federal (MPF) (BRASIL, 2018a).

A CIDH é especialmente cuidadosa na organização dos relatos, informações oficiais e provas reunidas durante a visita no tocante à internação de adolescentes em CT, pessoas sujeitas à vulnerabilidade adicional de sua condição de pessoas em desenvolvimento (CIDH, 2021, p. 90).

A forte presença religiosa no funcionamento das CT's, muitas vezes, substitui rituais religiosos aos cuidados psicossociais, prejudicando o tratamento. Além disso, o processo de imposição de dada crença, dirigido à doutrinação religiosa, à proibição de manifestações de outras religiões distintas das da instituição, assim como à obrigação de que pacientes participem de atividades religiosas sob ameaça de castigo físico, viola o direito à liberdade religiosa das pessoas internadas.

Quanto à internação forçada, face à ausência de comprovação científica de que a privação da liberdade das pessoas que consomem drogas em centros hospitalares contribua para a sua efetiva reabilitação, a CIDH se posiciona levando em conta o que foi assinalado por diversos órgãos das Nações Unidas, de modo que:

[...] reitera a importância de promover alternativas à privação de liberdade de pessoas que façam uso problemático de drogas, mediante tratamentos de tipo ambulatorial, que evitem a institucionalização das pessoas e que permitam uma abordagem dessa questão desde um enfoque de saúde e direitos humanos (CIDH, 2021, p. 91).

As conclusões da CIDH são no sentido de que o Estado tem adotado uma política autoritária e em desconformidade com as normas inter-americanas e internacionais de direitos humanos, voltadas para a necessidade de uma

abordagem comunitária para a promoção da saúde mental com vistas à reabilitação, e não o da internação, utilizado pelas CT, *seja por ação seja por omissão*, de modo que as mortes ocorridas em situação de privação de liberdade “são causadas em um contexto sistemático de atos repetidos de violência, que resultaram na concessão de diversas medidas cautelares e provisórias” (CIDH, 2021, p. 188).

Ao final deste tópico, destaco as recomendações da CIDH sobre pessoas com deficiência, dentre as quais se incluem as pessoas com deficiência psicossocial<sup>18</sup> e sobre as pessoas privadas de liberdade, inclusive aquelas em comunidades terapêuticas:

#### Pessoas com deficiência

51. Adotar medidas destinadas a garantir a igualdade perante a lei das pessoas com deficiência, garantindo sua capacidade jurídica em igualdade de condições com as demais pessoas.

52. Eliminar as leis, regulamentos e práticas que discriminem as pessoas com deficiência, inclusive no contexto de cuidados médicos e, em particular, no contexto de tratamentos médicos.

53. Adotar medidas que visem garantir o direito das pessoas com deficiência ao mais alto nível de saúde possível, em igualdade de condições com as demais pessoas, eliminando barreiras que impeçam ou dificultem o acesso à informação, serviços e bens de saúde.

54. Cessar todas as práticas coercitivas, garantindo o consentimento livre e informado das pessoas com deficiência nos cuidados médicos e oferecendo-lhes sistemas de apoio para a tomada de decisões, incluindo cuidados de saúde mental.

55. Garantir os direitos das pessoas com deficiência na atenção à saúde sexual e reprodutiva, em particular o consentimento, a privacidade e a proteção contra tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

56. Tomar medidas para assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso à justiça em igualdade de condições com as demais, eliminando práticas discriminatórias, removendo obstáculos de qualquer tipo e

<sup>18</sup> No marco do direito internacional dos direitos humanos e por força da Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência, a expressão que convoca a proteção para as pessoas com diagnóstico psiquiátrico ou que fazem uso problemático de álcool e outras drogas é pessoa com deficiência psicossocial.

implementando adaptações razoáveis.

Pessoas privadas de liberdade

[...]

58. Criar uma política de drogas com abordagem de reintegração social e de saúde pública, de forma que se evite tratamentos repressivos e criminalizadores contra aquelas pessoas que tenham sido detidas por porte de drogas, ou que tenham cometido crimes menores por seu uso problemático ou dependente.

[...]

61. Atuar de forma imediata e *ex-officio* nos casos de denúncias de tortura, tratamentos desumanos e degradantes, através de investigações efetivas e que permitam identificar, sancionar e punir os responsáveis.

62. Adotar as medidas necessárias para aumentar os recursos financeiros e humanos dos mecanismos existentes para prevenir e combater a tortura, a fim de fortalecer seu funcionamento. Da mesma forma, promover a criação, instalação e funcionamento deste tipo de mecanismo nos estados federados que ainda não o possuem, de acordo com as normas contempladas no Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CIDH, 2021, p. 204-205).

### 3 Parâmetros de Proteção das Pessoas que Sofrem Violação Interdependente de Direitos Humanos: umas considerações antimanicomiais estratégicas

O conceito de *ciclo de violação interdependente de direitos humanos* é novo. Ele convoca a característica da interdependência, elemento que a doutrina internacionalista especifica como elemento constitutivo dos direitos para referir-se à violação deles em contextos sócio-históricos de discriminação estrutural.

André de Carvalho Ramos define interdependência como:

[...] a mútua dependência entre os direitos humanos protegidos, pois o conteúdo de um pode vir a se vincular ao conteúdo de outro, demonstrando a interação e a complementaridade entre eles, bem como que certos direitos são desdobramentos de outros. Como exemplo, há clara complementaridade entre a liberdade de associação e o reconhecimento do direito de associação

profissional ou sindical. A liberdade de expressão é também coadjuvada pela liberdade de informação, devendo, por outro lado, respeitar o direito à privacidade e intimidade (RAMOS, 2005, p. 203).

No segundo capítulo do relatório, a CIDH assinala que os dados sobre a população brasileira com pertencimento étnico-racial, que é a imensa maioria dentre aqueles que estão nos manicômios, penitenciárias, unidades de cumprimento de medidas socioeducativas e nas comunidades terapêuticas:

representam um **ciclo de violação interdependente dos direitos humanos**. Sobre isso, deve-se notar que o ciclo de violência racial começa arraigado nos padrões culturais de inferiorização e subjugação étnico-racial disseminados na sociedade brasileira, gerando a discriminação estrutural histórica, o preconceito e a desigualdade, que, por sua vez, resultam na manutenção de uma perversa cultura de dominação racial em um ciclo infundável de violações. Esse ciclo faz com que os processos de exclusão e discriminação socioeconômicos também afetem os direitos à integridade e à vida de grande parte dessas pessoas (CIDH, 2021, p. 21. Grifo nosso).

A construção desse conceito de violação interdependente de direitos humanos resgata a noção de desigualdade estrutural e pobreza (CIDH, 2017), a noção de discriminação socioeconômica e histórica (CIDH, 2021), assim como a de racismo estrutural (ALMEIDA, 2018). Se estivermos diante de uma pessoa em situação de vulnerabilidade em razão do gênero e, ainda, em situação da privação de liberdade, poderemos, ainda, falar em fatores de vulnerabilidade imbricados e interconectados (MAGNO, 2021).

Por que é importante se apropriar desse conceito e o que ele pode potencializar?

Porque ao destacar que a violação de direitos das pessoas que estão no epicentro de diversos fatores de opressão imbricados (OCHY CURIEL, 2009) é interdependente, como consequência, se aponta para o dever do estado responder de forma complexa às violações experienciadas. Em outras palavras, se modifica o foco desde os direitos compartimentalizados para a necessária interconexão de medidas a serem adotadas pelo Estado

em prol da proteção e tutela da pessoa humana. Não adianta mais se falar em direito à integridade física de modo isolado do direito à liberdade. A noção de interdependência evidencia a pessoa que está sofrendo violações de direitos em razão da sua condição de raça, de classe, de gênero, de idade, de deficiência psicossocial, dentre outros.

Nesse diapasão, a resposta complexa do estado tem de ser inscrita no bojo de políticas públicas construídas democraticamente e alinhadas aos parâmetros internacionalmente estabelecidos que preconiza a política de redução de danos, no seio da qual a abstinência é apenas uma dentre diversas outras estratégias de cuidado, a serem adotadas em serviços de saúde mental abertos e de caráter comunitário, como o nosso CAPSAd, que atende pessoas com necessidades decorrentes do *uso problemático* de *crack*, álcool e outras drogas.

Existe absoluta falta de sintonia entre o discurso *proibicionista* (e manicomial) da justiça, especialmente a do campo penal e a lógica psicossocial que articula a estratégia da *redução de danos* do campo da saúde mental e drogas. Enquanto a seara psicossocial não descarta a abstinência, o campo jurídico tende a preconizá-la como o único caminho, inclusive, enumerando, não raras vezes, como condição para o exercício de direitos a de que não se pode frequentar casas de jogos, ou lugares proibidos, nem usar substância entorpecente ou bebidas alcóolicas.

A situação é dramática por diversos prismas, mas quero recortar o paradoxo vivido pelas pessoas cujos projetos terapêuticos deveriam estar vinculando-as a algum CAPSAd, mas as jogam em Comunidades Terapêuticas. Se o CAPSAd é componente da política de saúde pública regida pela lógica da Redução de Danos (RD), essa pessoa passa a viver cotidianamente à sombra do dilema ético-assistencial produzido pelo embate entre o nosso modelo de combate às drogas, calcado na abstinência, e as estratégias de RD da política pública.

A RD foi enfaticamente recomendada pela Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, como estratégia no campo da política de atenção integral em álcool e outras drogas no Brasil (BRASIL, 2002). Alicerçado nessa conjuntura sociopolítica e histórica, o Ministério da Saúde assumiu “de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2003, p. 9), com base em estratégia pragmática

em relação ao uso abusivo de drogas que não pressupõe a necessidade de abstinência. A RD é voltada para “pessoas que não querem ou não conseguem parar de usar drogas, e seu foco se volta principalmente para mitigar os impactos negativos desse consumo e promover a saúde do usuário” (TÓFOLI, 2015, p. 2).

A Redução de Danos exige a ruptura de uma lógica binarizante, em que se baseia a estratégia da abstinência. Entretanto, ela não pode ser a única meta a ser atingida. O cuidado e a atenção em saúde demandam, necessariamente, lidar com as singularidades e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas pelas diversas pessoas, assim como “acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (BRASIL, 2003, p. 10).

Ainda assim, apesar da oficialidade desde 2001, a RD está longe de ser uma política consolidada no Brasil. Especialmente se atentarmos para os ataques sofridos de 2018 em diante (DUARTE, 2018). Tófoli (2015) assevera que o Brasil teve um vertiginoso crescimento no número de seus CAPSad: de zero em 2002 para mais de 400 no ano de 2015. “Apesar disso configurar um investimento que precisa ser reconhecido, o país ainda é claramente deficitário na atenção às demandas geradas por usuários do sistema de saúde que procuram tratamento para o uso problemático de drogas” (TÓFOLI, 2015, p. 3).

O déficit talvez se explique porque o CAPSad ficou a reboque de outros equipamentos principalmente direcionados para o tratamento de transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS não foram originalmente desenvolvidos para atender as necessidades da chamada “clientela AD”, o que talvez explique, em alguma medida, as dificuldades de implementação da política por todos os componentes da rede de atenção básica.

Ocorre que a matriz de pensamento conservador que se afina à ética da “guerra às drogas” (DEL OLMO, 1990) está na raiz da sociabilidade capitalista de um país que aposta no enfrentamento da violência com mais violência e que testemunha as contradições entre o que está escrito como política oficial e o que é pragmaticamente executado destas políticas (TÓFOLI, 2015).

Buscando compreender onde está radicado o proibicionismo em matéria de política de drogas, Luciana Boiteux (2015) o localiza nos tratados e convenções internacionais de controle de drogas, existentes há mais de um século e ratificados pelo Estado brasileiro.

As convenções internacionais de direitos humanos garantem o direito ao *mais alto padrão de saúde* ao qual corresponde o dever estatal de prestar o tratamento baseado na *melhor evidência científica disponível*. Os estudos mais respeitados e mais atuais têm informado orientações técnicas da Organização Mundial de Saúde, as quais apregoam ser a redução de danos a mais avançada técnica de abordagem das pessoas com questões decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (OMS, 1996; 2001; 2002; 2008; 2010; 2013).

Levantando o véu do proibicionismo, verifica-se que, além de não serem produzidos resultados socialmente positivos, a manutenção na ilicitude do mercado das drogas livra os empresários dessa bilionária indústria do pagamento de impostos. Os lucros exorbitantes e as exclusões cíclicas são garantidos pelo aparato estatal (BOITEUX, 2015).

É necessário atentar para o custo social da política de drogas de viés proibicionista, especialmente no campo da saúde coletiva e no tocante aos determinantes sociais da saúde (DSS).<sup>19</sup> Nesse sentido, convoco as reflexões formuladas por Roberta Gondim (2020, p. 63), ao defender a proposta de pensar as “dinâmicas raciais como elementos-chave para a determinação da saúde”, não sem antes revisitar o conceito de DSS a partir de uma leitura interseccional, para problematizar o modo pelo qual o racismo se expressa na saúde. O pressuposto, assevera a autora, está na compreensão imbricada do “conjunto ampliado de processos e dinâmicas que se entrecruzam, em chaves de classe, raça, sexo, origem, e produzem vidas vulnerabilizadas” (GONDIM, 2020, p. 63).

Ela começa por olhar para os índices de homicídio. “Quem morre mais?”, pergunta. “São mortes de exceção ou são a regra?” (GONDIM, 2020, p. 64). Analisa a violência racializada sobre as mulheres negras no pré-natal, parto e puerpério a conformarem um “racismo gineco-obstétrico” e segue refletindo sobre as doenças infectocontagiosas. Algumas já erradicadas ou controladas em diversas partes do mundo, mas que seguem sendo graves problemas de saúde pública no Brasil. Em todos esses âmbitos, identifica modos pelos quais a máquina necropolítica do Estado opera institucionalizando o racismo estrutural (ALMEIDA, 2018).

<sup>19</sup> De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).



É nessa chave de leitura que compreendo o modo pelo qual a violência e as mortes que rondam o exercício da atividade ilegal do tráfico de drogas recaem sobre os mesmos alvos da programação criminalizante do estado: os negros e as negras, pobres. O modo pelo qual o racismo se expressa na saúde pública permite compreender o que alicerça os dilemas entre o proibicionismo-abstêmio e o antiproibicionismo-redutor de danos para decifrar o nó a ser enfrentado na construção de uma política pública comprometida com a não repetição de situações de violação interdependente de direitos humanos.

Luis Fernando Tófoli (2015) destaca que as comunidades terapêuticas (CT) têm sido as entidades privadas mais invocadas no cenário de cuidados para as pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Elas seguem um modelo de recuperação que mescla o modelo da comunidade terapêutica inglesa, da década de 1960, “que serviu como um dos pilares para o movimento de reforma da atenção à saúde mental, com elementos dos programas de doze passos dos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA)” (TÓFOLI, 2015, p. 3). O autor aponta que a questão mais problemática não está no terreno da fé, mas sim no modelo de financiamento público. Em suas palavras:

A existência de instituições de cunho religioso que usem suas doutrinas como forma de tratamento não é, em si, um problema, se elas forem um recurso filantrópico sem verbas estatais, destinado unicamente ao cuidado de suas comunidades de fé. Em um contexto de saúde pública, no entanto, isso significa o financiamento público do proselitismo para qualquer cidadão brasileiro. Agnósticos, ateus e pessoas que professassem fés minoritárias não teriam opção pública senão serem submetidos ao tratamento de um determinado matiz religioso caso fossem encaminhados a uma CT confessional (TÓFOLI, 2015, p. 4).

Apesar de todas as críticas às CT, que incluem desde maus-tratos, violências físicas até trabalho escravo (BRASIL, 2018a), elas são indicadas como destinatárias de verbas públicas, em normativas internas que aprovam diretrizes para o realinhamento e “fortalecimento” (leia-se, outra vez, enfraquecimento) da Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

A PNAD veio na esteira da Portaria n. 3.588/2017 (BRASIL, 2017) e da Resolução CIT n. 32/2017 (BRASIL, 2017c). Dentre as mais profundas

alterações na Política Nacional sobre Drogas, a Resolução CONAD *aposta na abstinência e isolamento como paradigma principal de tratamento*, uma vez que se deslocou a questão do âmbito da saúde pública para o da justiça e segurança pública. Ao analisarem o tema, Correia, Martins e Requião (2019) entendem que:

A Resolução do CONAD 01/2018 apresentou retrocessos profundos, sobretudo no cuidado e na atenção às pessoas em situação de dependência química ao apresentar a opção política da abstinência e o isolamento como paradigma principal de tratamento. Curiosamente, tais medidas passaram a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, subordinada ao Ministério da Cidadania, em razão da Medida Provisória n. 870, de 1.º de janeiro de 2019. Em outras palavras, o debate acerca da política sobre drogas foi deslocado para o campo da discussão na área da cidadania e da segurança pública, indiretamente (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019, p. 11).

Resgatando a Nota (BRASIL, 2019), supostamente técnica (repita-se), é importante localizar que ela foi publicada *após* a Resolução CONAD n. 01/2018 (BRASIL, 2018b). Entendo que preparava o terreno para a chegada da Lei n. 13.840, 05 de junho de 2019, outro golpe no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e nas condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas, assim como no (des)financiamento das políticas sobre drogas e previsão de internação involuntária em comunidades terapêuticas, entidades de cunho confessional destinatárias de verbas públicas de um Estado laico.

Aprofundar a análise das mudanças na política sobre drogas e seus impactos específicos extrapolaria o objeto desta investigação que visa a analisar o relatório sobre a situação de direitos humanos no Brasil. Contudo, para compreender o que está acontecendo com os usuários de CAPSad que tem sido internados em CT, preciso consignar que “a coexistência dos modelos assistenciais no campo da saúde mental e drogas, manicomial-proibicionista e psicossocial-redução de danos” (DUARTE, 2018, p. 238) *produz confusão na prestação do serviço público ao usuário*, que paga com a própria liberdade pelas omissões e desencontros da política pública.

Em sendo a luta antimanicomial uma luta anticapitalista, ela volta seu arsenal também contra o neoliberalismo que está a incentivar a indústria bilionária das drogas e a ressignificar a indústria da loucura. Por isso, a luta antimanicomial carrega a bandeira do antiproibicionismo e, nesse aspecto, a luta antirracista enxerga o proibicionismo como ardil para manter os privilégios da branquitude proprietária. Nesse sentido, resgato as seguintes discussões que tiveram lugar entre os dias 8 e 9 de dezembro de 2017 e que foram documentadas na Carta Aberta de Bauru, 30 anos:

[...] construir uma política de cuidado às pessoas em uso de álcool e outras drogas, como uma política para as pessoas, antiproibicionista e pela legalização do uso, na perspectiva da redução de danos, produzindo uma atenção intrinsecamente conectada com a defesa de seus direitos (COLETIVO ORGANIZADOR, 2018).

As modificações analisadas são um *retrocesso* nos padrões internacionais sobre o cuidado e atenção psicossocial em relação a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. O enfrentamento antimanicomial requer a articulação do instrumental jurídico que parta do acoplamento entre o direito interno e o direito internacional (CANÇADO TRINDADE, 2003) em prol da proteção integral dos direitos humanos das pessoas com deficiência. Identifico, portanto, que as pessoas cujo tratamento comunitário deva estar vinculado ao CAPSad encontraram equipamentos em pleno processo de desconstrução, seja de suas bases teórico-práticas, seja em razão do seu desfinanciamento, seja em função do investimento em comunidades terapêuticas.

Os golpes atuais (e quase cotidianos desde a ruptura democrática de 2016), em nada invalidam os apontamentos que sublinham a importância de investimentos em políticas de saúde mental, álcool e outras drogas em conformidade com os padrões internacionais antimanicomiais e com as lutas sociais. A resistência precisa continuar na micropolítica, porque, como nos ensina Marco Duarte, a luta antimanicomial é a luta por um projeto de civilização livre de estruturas de opressão:

Mas resistir é preciso, contudo, não de forma isolada, a resposta e a disputa dar-se-ão de forma coletiva e organizada, a coalizão entre forças políticas

diferentes não sustentou e não sustentará uma outra hegemonia de um modo de governar, nem mesmo nenhum pacto social se prolongou ou se prolongará por tanto tempo. Assim, apesar do momento de retrocessos e desmontes em todos os níveis da vida social e política, é, ao nosso ver, uma transição, os ciclos das crises, dialeticamente, destroem mas constroem coisas belas e, se por um lado, inventamos novas políticas e, em particular, uma política pública, a aposta agora é que reinventemos, no cotidiano, a Reforma Psiquiátrica antimanicomial, que há quarenta anos inventamos, a partir dos horrores dos manicômios quando os mesmos mais pareciam campos de concentração em contexto de ditadura civil-militar. Na micropolítica, contudo, desnaturalizamos a desassistência, inventamos e implantamos um novo modelo de cuidar, uma ética da diferença se fez e se fará resistir, porque a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial é um projeto civilizatório em curso com seus embates de forças, saberes e poderes (DUARTE, 2018, p. 240).

No marco dessa resistência, o instrumental jurídico que localiza no marco da responsabilidade internacional do Estado brasileiro, por violação da Convenção Americana de Direitos Humanos, permite convocar a luta antimanicomial para reivindicar o cumprimento das recomendações formuladas no bojo do relatório ora analisado, em especial, na construção que se avizinha, no marco da V Conferência Nacional de Saúde Mental,<sup>20</sup> que leva no nome o cuidado em liberdade. Não se está tratando de estratégias alternativas, mas cumulativas, que se reforçam mutuamente, em razão de ser a pessoa privada de liberdade em comunidades terapêuticas aquela que foi capturada pelo ciclo de violação interdependente de direitos humanos e que, portanto, demanda esforços reforçados do Estado brasileiro, por todos os seus órgãos públicos, para produzir medidas positivas, antidiscriminatórias.

---

<sup>20</sup> O tema da conferência é “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS” e o Conselho Nacional de Saúde aprovou em agosto de 2021 o regimento da Conferência convocada para maio de 2022.

## Referências

ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BOITEUX, L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 12, n. 21, p. 16-21, 2015.

BORGES, N. **Damião Ximenes**: primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**: cuidar sim, excluir não. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf). Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2003.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 set. 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. [S.l.: s.n.], 2017.

BRASIL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília - DF: Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, 2018a.

BRASIL. **Resolução CONAD n. 1**, de 09 de março de 2018. Aprova diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD. [S.l.: s.n.], 2018b.

BRASIL. **Nota Técnica n. 11/2019** - CGMAD/DAPES/SAS/MS: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes

da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: [s.n., s.d.]. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf). Acesso em: 10 dez. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANÇADO TRINDADE, A. A. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos**. 2. ed. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2003. v. 1.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Pobreza y Derechos Humanos**. Washington, D.C.: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Situação dos Direitos Humanos no Brasil**. Washington, D.C.: [s.n.]. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Situação dos Direitos Humanos no Brasil**. Washington, D.C.: Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, 2021b.

CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. **Revista Jurídica (FURB)**, v. 23, n. 50, p. 23, 2019.

CORTE IDH. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 04 jul. 2006**. Disponível em: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em: 20 jun. 2020.

DEL OLMO, R. **A Face Oculta da Droga. Tradução de Teresa Ottoni**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

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

GALLARDO, H. **Direitos humanos como movimento social: para uma compreensão popular da luta por direitos humanos**. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Direito, 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GONDIM, R. Direitos Humanos, Saúde Mental e Racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. *In*: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (orgs.). Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 57-70.

HERRERA FLORES, J. **A Reinvenção dos Direitos Humanos. Tradução de Carlos Roberto Diogo Garcia, Antonio Henrique Graciano Suxberger e Jefferson Aparecido Dias**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

HOLLOWAY, J. **Fissurar o Capitalismo. Tradução de Daniel Cunha**. São Paulo: Publisher Brasil, 2013.

LANDER, E. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. *In*: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino-americanas**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2005a. Colección ed . p. 8-23.

LANDER, E (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais Perspectivas latino-americanas**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2005b. Colección ed .

MACHADO, J. S.; MISI, M. C. O Caso Damião Ximenes, a Lei da Reforma Psiquiátrica e os Avanços em Saúde Mental no Brasil. *In*: (orgs ). SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2016 **Anais...** v. 20.

MAGNO, P. C. **Nas Trincheiras da Luta Antimanicomial: sistematização de uma experiência da Defensoria Pública nos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.] 2021.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. *In*: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGUÉL, R. (orgs). **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre; Universidad de los Andes; Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007, p. 127-167.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL (MNLA). Relatório Final. *In*: (orgs). ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL: resistência e diversidade – por uma construção coletiva de enfrentamentos, 11., . São Paulo: [s.n., s.d.].

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL (MNLA). Manifesto de Bauru: carta de fundação do MNLA. *In*: (orgs). CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2, 1987, Bauru.

OCHY CURIEL, R. Y. Descolonizando el Feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. *In*: (orgs). COLOQUIO LATINOAMERICANO SOBRE PRAXIS Y PENSAMIENTO FEMINISTA, 1., 2009, Buenos Aires. **Anais[... ]**.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Substancias. Diez Principios Basicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental**. Geneva: [s.n., s.d.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: [s.n., s.d.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Direcção-Geral da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Climepsi, 2002. Relatório mundial da saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Organização Mundial de Médicos de Família. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. [S.l: s.n., s.d.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Programa de Ação Mundial em Saúde Mental. Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Informe de Secretaría.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.

PEREIRA, M. DE O.; PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial e Feminismos: manicomializações, Estado e racismo. *In:* PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G (orgs.). **Luta Antimanicomial e Feminismos:** inquietações e resistências. Rio de Janeiro: Autografia (selo Francisca Julia), 2019, p. 25-43.

PIRES, T. R. de O. **Direitos humanos traduzidos em pretuguês.** *In:* (orgs.). SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11., 2017, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: [s.n.], 2017

PIRES, T. R. DE O. É na luta que a gente se encontra! *In:* PEREIRA, M. De O *et al.* (orgs.). **Luta Antimanicomial e Feminismos: formação e militâncias.** Rio de Janeiro: Autografia (selo Francisca Julia), 2020. p. 53-66.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. *In:* (orgs.). **A colonialidade do saber:** eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. p. 117-142.

RAMOS, A. DE C. **Teoria geral dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

ROSATO, C. M.; CORREIA, L. C. Caso Damião Ximenes Lopes: Mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos,** v. 8, n. 15, p. 93-113, 2011.

SANTOS, B. de S. Poderá o direito ser emancipatório? **Revista Crítica de Ciências Sociais,** v. 65, n. 0254-1106, p. 3-76, 2003.

TÓFOLI, L. F. Política de Drogas e Saúde Pública: algumas incongruências entre políticas de drogas, saúde coletiva e direitos humanos no Brasil. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos,** v. 12, n. 21, p. 11-15, 2015.



# CAPÍTULO 5

## REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM PORTUGAL – PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Marta Dias Baptista de Leiria e Borges<sup>21</sup>

Cátia Luísa Bragança<sup>22</sup>

Lúcia Sofia Rodrigues da Piedade Francisco<sup>23</sup>

Alexandra Amaral Camilo<sup>24</sup>

Maria Leonor Carriço Teixeira<sup>25</sup>

Patrícia João Paquim Gonçalves Santos António Brilhante<sup>26</sup>

Pedro Daniel Costa de Oliveira<sup>27</sup>

- 
- <sup>21</sup> Assistente Social, Mestre em Ciências de Comunicação, Organizações e Novas Tecnologias e Doutoranda em Serviço Social. 2013-2020 Coordenadora Regional da Redução de Danos na DICAD/ARSLVT, e atualmente Diretora do Núcleo de Emergência Social do ISS,IP. Áreas de investigação: uso de drogas e álcool, redução de danos, literacia em saúde e comunicação do risco. Correio eletrónico: [martaleiriaborges@gmail.com](mailto:martaleiriaborges@gmail.com).
- <sup>22</sup> Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica, atualmente a exercer funções na equipa especializada do CRI Lisboa Oriental e na equipa de coordenação regional, área de Redução de Danos da DICAD/ARSLVT. Áreas de investigação: psicologia clínica de redução de danos. Correio eletrónico: [bcatia@sapo.pt](mailto:bcatia@sapo.pt).
- <sup>23</sup> Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica. Atualmente na Unidade de Alcoologia de Lisboa, da DICAD/ARSLVT. Áreas de investigação: uso de álcool e drogas, redução de danos, adolescência, neurociências. Correio eletrónico: [sofia.rf@gmail.com](mailto:sofia.rf@gmail.com).
- <sup>24</sup> Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde. Entre 2003 e 2020, trabalho desenvolvido na área dos Comportamentos Aditivos, nomeadamente no Tratamento e Redução de Danos, da DICAD/ARSLVT. Atualmente a trabalhar na área da Emergência Social do Instituto de Segurança Social. Áreas de investigação: Uso de drogas e álcool, redução de danos. Correio eletrónico: [alexandra.a.camilo@gmail.com](mailto:alexandra.a.camilo@gmail.com).
- <sup>25</sup> Enfermeira, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Atualmente, enfermeira numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento da DICAD/ARSLVT. Áreas de investigação: Álcool e drogas, Redução de Danos. Correio eletrónico: [leoteixeira482@gmail.com](mailto:leoteixeira482@gmail.com).
- <sup>26</sup> Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia Clínica, com especialização em Adolescência e Comportamentos de Risco. Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e Especialidade Avançada em Psicoterapia. Atualmente psicóloga clínica e coordenadora da área de Redução de Danos da Unidade de Alcoologia de Lisboa da DICAD/ARSLVT. Áreas de investigação: adolescência, comportamentos aditivos e outras dependências, desenvolvimento pessoal do psicoterapeuta, redução de danos no álcool. Correio eletrónico: [pj\\_antonio@sapo.pt](mailto:pj_antonio@sapo.pt).
- <sup>27</sup> Psicólogo, Mestre em Psicologia, Aconselhamento, e Psicoterapia pela Faculdade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, Pós-Graduado em Redução de Riscos associada aos fenómenos do uso de drogas e do trabalho sexual: Ferramentas para a Compreensão e para a Ação, pela Faculdade de Psicologia e de Ciência de Educação da Universidade do Porto. Áreas de investigação: Redução de Danos e Intervenção Comunitária. Correio eletrónico: [pedrodcoliveira@gmail.com](mailto:pedrodcoliveira@gmail.com).

## 1 Introdução

**E**m Portugal, as primeiras comunidades terapêuticas (CT's) seguiram os princípios dos modelos democráticos. Porém, a experiência não se revelou totalmente satisfatória e exigiu esforços de reformulação, com a aproximação a alguns princípios dos modelos hierárquicos. O foco dado à relação terapêutica humanizou a intervenção e conseguiu despojá-la de tentações dogmáticas e totalitárias (TINOCO, 2006). No entanto, ainda hoje são posições que continuam a perdurar e necessitam de ser alvo constante de reflexão e supervisão no seio das suas Equipas Terapêuticas (ET's) de carácter multidisciplinar.

Na sua conceção inicial, as CT's definiram-se como programas terapêuticos residenciais “livres de drogas”; os seus objetivos ultrapassaram a perspectiva de manutenção da abstinência para se focarem na mudança pessoal e do estilo de vida dos seus residentes, com vista à integração pessoal, emocional, familiar e social, num ambiente contentor e protegido, “onde os ensaios falhados podem sempre ser retomados” (PRATA & MANSO, 1997, p. 4). Com o passar dos anos, e com os novos desafios decorrentes das transformações nas populações usuárias de álcool e drogas e o seu conseqüente impacto nas práticas de consumo, no envelhecimento dos usuários clássicos ou no aumento de comorbilidades físicas e psíquicas, entre outras, as CT's em Portugal tiveram de enfrentar novos reptos decorrentes destas mudanças societais, assim como mudanças no padrão de consumo de substâncias psicoativas dos usuários.

### 1.1 Enquadramento Histórico

Historicamente, as primeiras CT's nasceram nas décadas de cinquenta e sessenta, essencialmente a partir de dois movimentos distintos: 1) como resposta à ineficácia da instituição psiquiátrica para satisfazer as necessidades das pessoas com problemas de saúde mental – *o Modelo de Maxwell Jones*, em Inglaterra, que nasce durante a Segunda Guerra Mundial; 2) como resposta específica às pessoas com problemas severos de abuso substâncias psicoativas – *os Modelos Syanon e Daytop* nos EUA nos anos cinquenta e sessenta (VIEIRA, 2007; SOMMER, 2011).

Na sua essência histórica e identitária, estes dois modelos corresponderam a duas grandes variantes de CT's (VIEIRA, 2007).

### 1.2 O Modelo Maxwell Jones

Neste modelo impulsionado por Maxwell Jones e os seus colaboradores, dá-se uma mudança de paradigma em saúde mental com a implementação de um modelo democrático de tratamento, constituindo-se assim, uma miniorganização social dotada de características terapêuticas (VIEIRA, 2007). Privilegiou-se um ambiente comunitário cujo espírito terapêutico é dominante: pretendia-se um espaço “organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura” (RAPAPORT, 1960, citado por De Leon, 2003, p. 14; SOMMER, 2011, p. 138). A ET e os residentes tinham direitos iguais e estavam todos envolvidos no processo de tratamento através de metodologias de grupo e da utilização da socioterapia que permitia a aquisição de habilidades sociais e de responsabilização (VIEIRA, 2007; IDT, 2011).

### 1.3 Modelo Synanon

Influenciado pela filosofia de auto-ajuda e pela abordagem dos Alcoólicos Anónimos (AA), em 1958 nasceu a primeira estrutura residencial extra-hospitalar - *Synanon*, para o tratamento de heroinómanos, com programa, conceitos e práticas terapêuticas diferenciadas (IDT, 2011). Esta CT, fundada por Charles Dederich, era estruturada hierarquicamente e possuía normas de comportamento bastante rígidas. Funcionava como uma família alargada, sem ET especializada, sob a autoridade moral do patriarca, completamente independente e auto-suficiente da sociedade envolvente, sendo que o objetivo não era a reinserção, mas a retenção dos residentes (TINOCO, 2006).

### 1.4 O Modelo Daytop

Em 1963, O'Brien e Deitch, conhecedores do modelo de Maxwell Jones e dos princípios do modelo de *Synanon*, fundam um novo modelo de CT para usuários de drogas - a *Daytop Village*, de Nova York, (TINOCO, 2006; VIEIRA, 2007). Este novo modelo configurou-se como o primeiro movimento de fusão entre as diferentes experiências originais, dando origem à matriz da qual se delineou a filosofia das CT's e que perdura até à atualidade (IDT, 2011). Assiste-se à mudança paradigmática que ocorre na Saúde Mental nesta altura, no modo como é visto o usuário e a instituição que o acolhe: “ao acentuar a subjectividade e a relação intersubjectiva/comunicacional

como fator de mudança, a doença deixa de ser doença em si, como via a psiquiatria clássica, para passar a ser sintoma” (VIEIRA, 2007, p. 17) e, assim, a pessoa é vista para além dos sintomas que carrega. De acordo com De Leon (2003), o foco está na capacidade de mudança psicológica e do estilo de vida, centralizada no indivíduo, através de um programa de tratamento residencial por etapas, de carácter evolutivo, com normas a respeitar e sanções dos comportamentos que se pretendem extinguir.

### *1.5 O Modelo Minesota “12 Passos”*

Fundado em 1935 por um corretor da Bolsa, Bill Wilson e um médico, Dr. Bob Smith, surgem os Alcoólicos Anónimos, comumente conhecidos por AA (SOMMER, 2011). A filosofia deste tipo de intervenção serviu de orientação para este modelo de CT, que funciona com recurso a uma equipa multidisciplinar (VIEIRA, 2007) e tem na sua origem o modelo humanista, pressupondo o confronto com a realidade e tendo como principais objetivos atingir a abstinência total e a responsabilização do residente pela sua mudança de vida (OLIVEIRA, 2010; SILVA, 2013; SPICER, 1993; CAÇADOR, 2016, citado por MONTEIRO, 2020).

## **2 Comunidades Terapêuticas em Portugal**

Em Portugal, a rede de CT’s protocoladas com os serviços públicos de intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) é bastante extensa e apresenta-se, para os usuários de álcool e drogas, como uma resposta terapêutica com mais de trinta anos de evolução. Apesar de perpassadas por diversas alterações legislativas, estas nunca interferiram com a premissa inicial: equipas multidisciplinares, modelos diversos e colaborativos que preconizam uma intervenção verdadeiramente terapêutica. Os diferentes modelos de intervenção teórico-práticos existentes respeitam o mesmo conjunto de critérios e padrões com vista a manter a matriz genérica de uma CT, a saber: a combinação dos ensinamentos do modelo hierárquico com os do modelo democrático; um equilíbrio dinâmico entre os grupos de encontro/confrontação, de treino e os grupos psicoterapêuticos; as hierarquias imóveis e flexíveis; uma ET humana e científica que incentiva a hierarquia e a observação das regras de funcionamento essenciais (TINOCO, 2006; SICAD, 2011; FEBRAC, 2017, citado por MONTEIRO, 2020).

Do ponto de vista mais formal, as CT's em Portugal são unidades especializadas de tratamento residencial de longa duração, habitualmente com uma média entre os três e os doze meses em regime de internamento e permanência na comunidade. Os objetivos são delineados a nível individual e são adequados às necessidades de cada um (IDT, 2011). A admissão em CT é totalmente voluntária e é requerida uma avaliação contínua a três níveis: avaliação de casos individuais; avaliação de processos, procedimentos e resultados de grupo; e avaliação de resultados (*follow-up*). Cada CT tem a liberdade para adotar as metodologias, modelos de intervenção e programas terapêuticos cientificamente validados que considere mais favoráveis e adequados às especificidades e necessidades de cada indivíduo (MONTEIRO, 2020). Em 2011, o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP), responsável por estas matérias, definiu objetivos para as CT's, até à data não atualizados. Estes objetivos passam por: 1) criar um espaço de reflexão com vista à elaboração da história pessoal do indivíduo para que lhe possa dar um novo sentido e identificar pontos de mudança necessária; 2) mudar padrões negativos de comportamento, pensamento e sentimentos que predispõem ao consumo de substâncias psicoativas a fim de conseguir a abstinência e sua manutenção; 3) promover a autonomia e responsabilidade como pilares da vida adulta em sociedade; 4) desenvolver a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis, rompendo padrões auto e hetero-destrutivos; 5) fomentar competências sociais que permitam encontrar alternativas de trajetória para um projeto de vida realista; 6) perspetivar a inserção social através da elaboração e contratualização de um Plano Individual de Reinserção (IDT, 2011).

Num cenário tão heterogéneo como é o das CT's em Portugal, com modelos e abordagens terapêuticas tão diferentes (ao ponto de o próprio termo “Comunidade Terapêutica” não nos parecer, sequer, adequado a todas as entidades assim protocoladas no nosso país), e sabendo que as instituições e as estruturas são organismos que tendem a ser estáveis e de difícil abertura a mudanças, as CT's em Portugal, na sua maioria, foram sofrendo algumas alterações programáticas com o objetivo de oferecer melhores respostas ao tratamento dos residentes, flexibilizando os seus critérios de acordo com as inúmeras mudanças no seu público potencial. As equipas multidisciplinares tiveram de definir critérios menos rígidos, nomeadamente no que diz respeito à idade dos seus residentes (e.g. era

frequente não aceitarem residentes com mais de 45-50 anos por serem “demasiado velhos”) e às terapêuticas farmacológicas, fossem elas por comorbilidade psiquiátrica (psicofármacos) ou fossem agonistas opiáceos (como a metadona ou a buprenorfina). A tudo isto acresceu a “entrada” em 2006/2007 dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) no serviço público de Dependências (IDT, IP), que passou a ter uma leitura mais abrangente dos CAD, contendo não só as substâncias ilícitas, mas também as lícitas e até dependências sem substância como o jogo ou a internet (Decreto-Lei n. 212/2006; Decreto-Lei n. 221/2007). Esta “equiparação” de substâncias não foi, e ainda não é, fácil em Portugal, tal o lugar cultural, tradicional, económico e até identitário do álcool na sociedade e história portuguesas, nomeadamente do vinho, onde Portugal é um país produtor com forte expressão.

Embora haja diferentes modelos para responder a diferentes pessoas, com diferentes necessidades, características e potenciais, há em comum uma estrutura que serve de pedra basilar à experiência psicológica em CT:

- 1) A existência de rotinas diárias que asseguram a segurança da previsibilidade;
- 2) O foco, transportado das tarefas e atividades do agir para a relação;
- 3) A definição de diferentes espaços, que sublinha diferentes possibilidades de expressão e permite um constante contacto com o impulso, o seu conhecimento e o seu controle; saber encontrar o lugar externo de cada coisa, nos diferentes espaços terapêuticos, no quarto, na cozinha, na sala, na lavandaria, na horta, nos espaços de criação artística, nos espaços de construção e bricolage e na rua, potencia a (re)organização interna;
- 4) O papel definido de cada elemento da ET e do grupo, a constância, a honestidade e o respeito na relação com a pessoa, face aos princípios essenciais, assumidamente partilhados pelo grupo da CT (regras internas), por funcionarem como elemento esperançador para relações futuras e transformação das relações passadas.

Tudo em CT deve ter uma intencionalidade terapêutica, a fazer lembrar o conceito de “mãe suficientemente boa” de Winnicott (1999), que acolhe a pessoa e a ajuda a traduzir-se, a (re)conhecer-se e a desenvolver-se. É a aposta numa nova relação terapêutica, segura e contentora, onde cada indivíduo pode chorar os choros interrompidos, as necessidades de afeto e de segurança tantas vezes engolidas e logo a seguir anestesiadas pelo álcool, pelas drogas ou pelo jogo e, tantas vezes, fazer-se passar apenas



pelo “feio, porco e mau”, fruto de uma violência intrafamiliar traumática que sofreu muito antes de a exercer. No aqui e agora da nova relação com a ET e com o grupo de residentes, passa a ser possível escutar para além do óbvio, dar nome à dor mental e chorar, confiar e encontrar as palavras capazes de restabelecer a comunicação consigo próprio e também com os outros e com o mundo (ANTÓNIO, 2008). À semelhança da experiência de confinamento, o dia a dia passa a ser vivido e sentido à lupa e qualquer experiência tem um enorme potencial de aprendizagem. Na CT já não se está sozinho: a equipa multidisciplinar que, a par do grupo e do próprio no seio do grupo, apoia cada pessoa a ler o seu comportamento, promove auto-respeito, autoconhecimento, autonomia, empoderando a pessoa e as suas escolhas.

### *2.1 Intervenção do Serviço Social em Contexto de Ct*

O uso problemático de drogas coloca, muitas vezes, as pessoas em situação de vulnerabilidade e o Estado Social, nas suas mais variadas valências, tem a responsabilidade de apoiar as pessoas nesses momentos. Porém, proteger, como nos diz Soulet (2007), não é necessariamente retirar os perigos do caminho, porque esses vão sempre existir, mas sim apoiar a pessoa na reativação de competências e estratégias para lidar com essas dificuldades; no fundo, capacitá-la como ator da sua vida. As CT's devem também ser esses locais, onde as pessoas que não o conseguem fazer em ambulatório se resguardam durante um tempo para possibilitar essa reaproximação consigo mesmas, com as suas fragilidades, mas também com as suas competências.

No caso do serviço social e do seu trabalho nas CT's, temos de evitar que este caia no risco calculado do assistencialismo. Estamos, cada vez mais, confrontados com um serviço social que facilmente pode ser paliativo, sem que seja generativo. A intervenção do serviço social deve, tal como a da psicologia, apostar na intencionalidade terapêutica, especialmente num contexto como este. Esta intencionalidade irá garantir o foco no processo terapêutico e na tradução da voz da pessoa e da sua autodeterminação, conceito essencial ao serviço social.

No serviço social podemos arriscar usar uma terminologia recorrente do apoio a pessoas com *HIV, Linkage to Care*, que passa por garantir a ligação aos cuidados de saúde e que é, muitas vezes, realizada por assistentes

sociais ou por pares. Porém, a expressão remete-nos para um necessário processo de vinculação a um processo terapêutico, e daí ser interessante poder ser utilizado no serviço social na intervenção com pessoas que usam drogas. Esta ligação deve ser realizada no processo de avaliação da CT mas também no processo de ressocialização trabalhado desde este *setting* terapêutico. A intervenção do serviço social é essencial na intervenção terapêutica, como garante do equilíbrio entre o social e a relação, garantindo sempre a autonomia (MATÉ, 2019, p. 198). Por outro lado, e não menos importante, temos a dimensão dos determinantes sociais da saúde que impactam significativamente na vida das pessoas que usam drogas. A Organização Mundial de Saúde<sup>28</sup> descreve os determinantes sociais da saúde como circunstâncias nas quais as pessoas vivem, crescem, trabalham, envelhecem e que impactam no processo de saúde, no acesso à saúde e na gestão da doença. Como tal, quando as pessoas que usam drogas necessitam de aceder a cuidados, os determinantes sociais da saúde têm um impacto significativo e isso não é menos verdade quando concluem um processo de tratamento em CT.

Um dos papéis do serviço social neste contexto é o de pensar com a pessoa, durante todo o processo terapêutico, a sua ligação ao exterior, à família, aos amigos, às vivências, e esse papel tem um risco. Esse risco, que deve ser encarado desde logo, passa por pensar a ressocialização da pessoa na CT, ao nível do emprego, o que em muitos casos, como já foi referido, é uma falácia, pela idade, pelas competências adquiridas ao longo da vida que não se compadecem com os desafios atuais do mercado de trabalho e, por último, pela situação de doença física concomitante em muitas destas pessoas. Urge repensar a saída? Também, mas urge mais ainda repensar a permanência se isso for o que a pessoa deseja, i.e., ter um sítio para viver.

Muitas das CT's hoje, em Portugal, deparam-se com pessoas cujas características, pessoais e sociais, fazem delas eternos usuários destas estruturas, pelo que se deveria estar a apostar em transformar algumas destas respostas em comunidades residenciais (CR) com um forte suporte terapêutico multidisciplinar. As práticas do assistente social passam, também, por um trabalho com as pessoas, recorrendo à teoria das forças e das abordagens de não julgamento (HEYMAN *et al.*, 2018; BONNER,

---

<sup>28</sup> Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Acesso em: 18 out. 2021.

2018), premissas essenciais no trabalho com pessoas que usam drogas em qualquer contexto, seja ele de redução de danos ou tratamento em CT:

Ainda hoje permanece a necessidade de proteger os mais fracos dos efeitos da máquina social, embora proteger não signifique mais garantir, conter os perigos, compensar dos estragos ou indemnizar dos prejuízos. Daqui em diante, proteger o indivíduo é promovê-lo como ator, apoiá-lo pelo menos na sua capacidade de participação na produção da sociedade (SOULET, 2017, p. 1).

Há muitos anos que em Portugal é urgente pensar em soluções de “espaços de estar”, espaços intermédios “de cuidado”. É uma realidade para os vários níveis de intervenção social e de saúde e também para as CT’s. Sabemos que há pessoas que não vão, pelas doenças associadas (físicas ou psíquicas), retomar a sua vida em sociedade tal como a idealizamos, sendo o emprego o expoente máximo da ressocialização. Importa pensar nestas pessoas e encontrar espaços sociais que sejam terapêuticos, que se permitam ser espaços residenciais para pessoas que mantêm consumos ativos de substâncias e não se sentem capazes de aderir a respostas de tratamento com vista à abstinência, como são o caso das experiências de *Housing First*<sup>29</sup> no nosso país. Quando comparado com o Brasil, Portugal tem sempre a vantagem de uma legislação que enquadra o fenómeno numa perspectiva humanista, empática e não repressora, onde mesmo as estruturas ligadas à religião desenvolvem um trabalho terapêutico e são pautadas pelo respeito dos Direitos Humanos. Apesar de ser urgente repensar as respostas, porque existem novos desafios como alguns dos aqui referenciados, as CT’s em Portugal, financiadas pelo estado português, obedecem a critérios de funcionamento escrutinados e públicos que permitem um verdadeiro cuidado às pessoas.

## 2.2 O Papel da Enfermagem no Contexto de CT

A presença do enfermeiro nas CT’s em Portugal não é ainda um dado adquirido. Com frequência, estes profissionais de saúde não estão

<sup>29</sup> Sam Tsemberis fundou a Pathways to Housing e é neste âmbito que desenvolveu em 1992 o Housing First em Nova Iorque defendendo a habitação como um direito humano. O objetivo é garantir o acesso imediato à habitação permanente para pessoas em situação de sem abrigo com doença mental e/ou usuários de drogas. Disponível em: [www.pathwayshousingfirst.org](http://www.pathwayshousingfirst.org). Acesso em: 18 out. 2021.

contemplados na constituição das suas equipas multidisciplinares. Um profissional de enfermagem que detenha já experiência no tratamento destes usuários em ambulatório é um elemento de grande mais-valia na ET de uma CT, pois tira partido da sua experiência e do conhecimento profundo que tem sobre esta população, bem como das comorbilidades que mais a afetam, podendo assim planear uma intervenção mais adequada no âmbito da proteção da saúde do indivíduo, quer física, quer mental, quer familiar. Nesse sentido, o enfermeiro e, em particular, o enfermeiro especialista em saúde mental, representa para este modelo de tratamento um recurso humano de grande pertinência, pois reúne em si capacidades pessoais e competências avançadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que lhe possibilitam uma intervenção mais personalizada, centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais e específicas, mobilizando todos os seus recursos em prol da sua recuperação. Por outro lado, tem a seu favor um instrumento que lhe confere a possibilidade de estar mais próximo da pessoa — a administração terapêutica farmacológica. No fundo, o medicamento é o “veículo” que permite essa aproximação, de forma a que, posteriormente e com base na confiança do usuário, seja possível estabelecer com este uma verdadeira relação de ajuda.

### 2.3 A Intervenção Da Psicologia em Contexto de CT

Parece hoje mais claro o desafio de integração da resposta CT no *continuum* da intervenção em CAD, que começa onde a pessoa está naquele momento da relação inaugural (e.g. na rua, no ambulatório, no grupo de autoajuda, referenciado pela família, pelo trabalho, pela justiça, entre outras situações) e que segue, de mão dada, para onde a pessoa pretende ou gostaria ou necessita de estar. Mas, para que um projeto terapêutico em CT faça sentido, é preciso integrar este momento relacional pré CT e “adivinhar”, em conjunto, o pós-CT. Ou seja, integrar o que à data da entrada já se soma aos recursos da pessoa: a integração (ou não) em programa de manutenção opiácea; a medicação psiquiátrica, se existente; os técnicos de referência; a rede familiar e social, ausente ou presente; e “adivinhar” possíveis caminhos à saída. Isto porque, se não for possível sonhar em conjunto um futuro pós-CT, mesmo que este passe por uma resposta paliativa, não vai ser possível conseguir o encaixe no *continuum* das respostas. Assim, numa perspetiva psicológica e de compreensão do desenvolvimento pessoal

de cada indivíduo, que é sempre um ser único, com as suas experiências, singularidades e vicissitudes de um percurso já vivido, o desafio é sempre integrar a CT no *continuum* da vida daquela pessoa. Mais do que um momento de descontinuidade nos consumos, a CT deve constituir-se como ponte de continuidade para um projeto de vida alternativo. Neste sentido, a CT deve ser capaz de, a cada momento, dar sentido à experiência psicológica da pessoa e promover vivências na comunidade, reforçando o sentimento de pertença e a possibilidade de um projeto futuro, mesmo que paliativo.

Ancorada no potencial de aprendizagem que as várias situações do dia a dia proporcionam, a pessoa vai tomando consciência de si (na relação com o seu mundo interno e externo), de si na relação com o Outro, de si na relação com a vida na comunidade e ensaiando alternativas que permitem a sua reaprendizagem e reconstrução. A tarefa do psicólogo inserido na ET é promover esta nova relação, resgatá-la de padrões anteriores, repetitivos e danosos, e transformá-la numa outra em prol do seu desenvolvimento pessoal. Para isso, o psicólogo clínico, consciente de si em relação, enquanto instrumento de trabalho, dispõe de instrumentos próprios da sua profissão. Por exemplo, o psicodiagnóstico a cargo do psicólogo clínico, podendo resultar de uma avaliação psicológica inicial e/ou da observação do funcionamento da pessoa durante as primeiras semanas na CT, pode ser um importante ponto de apoio para a ET ajustar a sua intervenção e expectativas. Também a sua sucessiva atualização pode permitir, a par do diagnóstico médico e social, a coconstrução de um projeto de vida com uma tradução real, assegurando a continuidade pós-CT; esta continuidade acontece também através das pontes que a CT faz, e promove que a pessoa também faça, com os recursos da comunidade envolvente necessários e desejados no pós-CT. De outra forma, será um hiato no tempo, empenhando parte do potencial de mudança da pessoa.

### **3 Os Desafios Contemporâneos do Humanismo na Intervenção com Usuários de Drogas**

Como já referido, as CT's em Portugal foram, ao longo dos tempos, enfrentando os desafios das mudanças sociais e, conseqüentemente, do consumo de substâncias psicoativas e da adesão a consumos sem substância dos seus usuários. Poderíamos distinguir os clientes em dois

grandes grupos: 1) crianças e jovens adultos (12-20 anos) com problemas de consumo de canabis e de videogogos; 2) *older people with drug problems* (OPDP), i.e., adultos com mais de quarenta anos (40+), tendo em conta o seu percurso no consumo de drogas.

No primeiro grupo existe, desde logo, o desafio do diagnóstico inicial, ou seja, muitas destas crianças e jovens são referenciadas para CT's não por equipas especializadas e de intervenção em comportamentos aditivos, mas pelo sistema judicial e outras organizações dos sistemas de proteção social. As eventuais assimetrias neste diagnóstico inicial, leva à rede de CT's situações que beneficiariam de muitas outras medidas de acompanhamento ambulatorio, ao nível do trabalho de competências pessoais e sociais, muito mais do que um processo de isolamento das suas famílias e comunidades. Acresce ainda, que o volume de situações com estas características tem vindo a aumentar nestes últimos anos no nosso país e a rede de respostas não acompanhou esta eventual necessidade de mais camas especializadas para esta faixa etária.

De acordo com o Relatório CASA 2020 (CABRAL *et al.*, 2021) o encaminhamento para CT de jovens com medidas de promoção e proteção aumentou 71 % na última década, sendo este o recurso de saúde mais utilizado junto deste público e não tendo existido reforço proporcional na resposta disponibilizada. O padrão de consumo que leva este nicho da população e/ou as suas famílias a encontrar no internamento de longa duração um recurso, muitas vezes sentido como o único recurso, é bastante diferente de há quinze anos. Hoje o padrão de consumo problemático que encontramos nas CT's que acolhem jovens, é essencialmente canabis, algumas substâncias de síntese e/ou adição à internet ou aos videogogos. Existe muita pressão das famílias e das organizações que não vêem outra saída para o problema identificado. Este padrão, substância e faixa etária, vai ao encontro daquele que encontramos nos estudos da população em geral, com 13,2 % da população dos quinze aos vinte e quatro anos a referir consumo de canabis pelo menos uma vez na vida (IV INPG: Balsa, Vital e Urbano, 2018) ou nos dados dos estudos europeus, que indicam prevalências do consumo de canabis em 19,2 % dos jovens entre os quinze e os vinte e quatro anos (EMCDDA, 2021).

O outro desafio prende-se com os OPDP, pessoas 40+ com longos percursos de consumos de substâncias psicoativas, que enfrentam múltiplos

desafios como as comorbilidades e a doença mental associada, infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou doenças oncológicas, algumas resultantes de anos de consumos e de cuidados de saúde deficitários.

As pessoas com longas carreiras em CAD são propensas a apresentar os efeitos cumulativos negativos na saúde física e mental, decorrentes do uso prolongado de drogas, com implicações na saúde, nas condições sociais e de qualidade de vida. Os usuários mais velhos em tratamento, registram níveis elevados de desemprego e isolamento social, além de evidenciarem as consequências físicas e psicossociais crônicas do uso prolongado (por exemplo, doenças hepáticas, danos relacionados com as overdoses, depressão e ansiedade). Os problemas resultantes do uso de álcool e de tabaco são igualmente comuns. Uma vez que o processo de envelhecimento é mais rápido, quando se atinge os quarenta anos pode ser necessário um nível de assistência geralmente associado a pessoas vinte anos mais velhas (EMCDDA, 2010; EMCDDA, 2017; BETRAD, 2018).

Esta ligação entre doença e consumo ativo é um desafio ao qual a Europa, na sua generalidade, não está a conseguir responder. Ao contrário do Brasil, a Europa vive um inverno demográfico acentuado, o que tem um impacto económico e social significativos, mas também um impacto de monta ao nível dos cuidados sociais e de saúde, que se intensifica quando as pessoas usam drogas de forma continuada.

Aparentemente, estes desafios demográficos e de saúde nada teriam a ver com o futuro das CT's, não fossem elas a única resposta paliativa para o problema no nosso país. Estas estruturas passaram, há muito, a ser o último e o único recurso para pessoas que, envelhecidas, já percorreram todas as alternativas terapêuticas fornecidas pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). O evidente sucesso das políticas de redução de danos (RD), permitiu aumentar a sobrevivência das pessoas com consumo ativos, porém, a inovação nas respostas sociais e de saúde não acompanhou esta mudança. As pessoas podem, de acordo com a mais recente legislação, permanecer até três anos em CT's, podendo este tempo ser prorrogado, o que permite que estejam cuidadas. A par disso, estruturas como as redes de cuidados paliativos ou as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's) não acolhem pessoas com consumos ativos, o que continua a deixar desprotegido um grupo ainda por estudar de pessoas que gravitam em torno das respostas de RD ou das equipas de tratamento ambulatorio,

porque são as únicas respostas de cuidado que reconhecem e onde se sentem reconhecidas.

Também aqui a presença do enfermeiro especialista em saúde mental representa um reforço importante e fundamental na equipa multidisciplinar porque este é, talvez, o profissional de saúde que se encontra mais próximo desta população, no dia a dia, no tratamento em ambulatório, nas equipas de rua, gozando de relativa relação de confiança e detendo um vasto conhecimento sobre a mesma. O enfermeiro de saúde mental detém uma visão holística sobre a pessoa e, não desprezando o modelo biomédico, integra as terapias farmacológicas, sejam elas de substituição ou psiquiátricas, no plano de recuperação daquela pessoa, como um fator coadjuvante e não como um entrave a todo o processo de recuperação. Com o decorrer do tempo e com o conhecimento adquirido, fruto da relação terapêutica que vai construindo com o usuário, procura através de outras estratégias de intervenção terapêutica, que não as farmacológicas, promover o encontro da pessoa com o seu Eu, muitas vezes perdido, e extrair de cada um o seu potencial, tendo sempre o cuidado de salvaguardar o ambiente terapêutico.

Como já referido, a população das CT's mudou, envelheceu, tem outras necessidades, faz outros consumos e as respostas farmacológicas, cada vez mais eficazes, passaram a ser (e bem) cada vez mais utilizadas em programas ambulatoriais, a par do aparecimento de tratamentos ambulatoriais intensivos em grupo ou individuais, que integram a abordagem da psicoterapia de redução de danos, a abordagem da prevenção da recaída e a abordagem multifamiliar em simultâneo, não havendo assim lugar à necessidade de retirar o usuário da comunidade em que está inserido (LOGAN & MARLLAT, 2010; DENNING & LITTLE, 2017; MARLATT, LARIMER & WITKIEWITZ, 2012; TATARSKY, 2002; MILLER & ROLLNICK, 2001; MARLLAT & GORDON, 1993; BADARACCO, 2000).

Neste sentido, parece-nos que as CT's perderam uma excelente oportunidade de promover mudanças na própria abordagem terapêutica e psicoterapêutica. Genericamente, os modelos de intervenção mantiveram-se quase iguais apesar das evidentes diferenças na população. Seria expectável que a inclusão dos “novos usuários” nas CT's, inicialmente tão vocacionadas para as substâncias ilícitas, com tudo o que os seus consumos acarretam para os usuários mais problemáticos, obrigasse



a mudanças nas abordagens, tendo em conta as necessidades distintas que apresentam a vários níveis: somático, familiar, profissional, social. Não estamos certos de que estas mudanças tenham sido eficazmente estruturadas até ao momento.

Em suma, podemos dizer que os utentes são encaminhados para CT por duas grandezas de razões: clínicas e/ou sociais (na linha dos critérios de referência para tratamento da *American Society of Addiction Medicine* (ASAM, 2013). Clínicas, quando se acredita que a pessoa beneficiará de um projeto terapêutico e psicoterapêutico mais intensivo e num ambiente mais contentor, que não é possível oferecer em regime de ambulatório. Sociais, quando falamos de pessoas sem rede social de apoio (familiar, ecológica, comunitária) e sem suficientes condições de autonomia. Os propósitos de cada um são, obviamente, distintos pelo que as instituições também o deverão ser. Importa referir que em relação às indicações sociais para uma abordagem residencial, o nosso país peca por falta de estruturas e respostas, independentemente dos usuários em questão: sejam pessoas com problemas com substâncias, com problemas psiquiátricos e/ou cognitivos, situações de grande fragilidade social, com uma rede social de apoio insuficiente ou mesmo inexistente, ou quaisquer outras situações que impossibilitam um funcionamento autónomo suficientemente eficaz e satisfatório. Na atualidade, estas pessoas dificilmente encontram respostas que possam prover as suas necessidades. São significativamente insuficientes as respostas residenciais, de duração indeterminada (adequada a cada pessoa), com apoio nas dificuldades de cada um, independentemente do tipo de dificuldade, desde apoio nas atividades de vida diárias (AVD's) a intervenções mais focalizadas e especializadas.

Encaminhar uma pessoa para CT com objetivos predominantemente clínicos ou por questões sociais implica procurar respostas obviamente diferentes, mas parece-nos possível identificar uma característica comum entre elas: a ligação (ou a falta dela) à comunidade, à “vida real”; é aqui que reside o futuro e importa mudar de paradigma.

Inovar requer a mudança em direção a uma ação partilhada sobre políticas que não se encaixam numa única unidade ou num único ministério. Neste sentido, uma das mudanças mais flagrantes na população que atendemos, tal como da sociedade portuguesa em geral, é a acessibilidade e a democratização da informação, a melhoria da literacia em saúde e não

só (apesar de estar ainda aquém do ideal), o que aumenta necessariamente a exigência dos usuários, das respostas e dos cuidados.

Hoje parecem-nos cada vez menos adequadas e realistas abordagens muito isoladas, “em bolha”, desgarradas do exterior. Talvez não seja por acaso que, em gabinete de consulta, os usuários muitas vezes se refiram às CT’s como “prisão” ou uma espécie de “Big Brother”, razão porque têm, frequentemente, uma enorme (e legítima) dificuldade em aderir a esta proposta terapêutica.

Independentemente da necessidade de uma resposta mais contentora em regime residencial, parece-nos que as CT’s devem sair mais das suas próprias comunidades de dentro de casa, para a Comunidade de fora, da rua, das outras casas e pessoas, do bairro.

É possível pensarmos em CT’s fora da sua concha e mais abertas ao mundo? Um recurso que, pensamos, poderia ser mais disseminado e investido são as Casa de Saída, já integradas em algumas CT’s em Portugal. Um momento mais “isolado” na abordagem de CT pode fazer sentido no *continuum* do projecto de vida daquela pessoa, mas a prioridade do processo e do percurso talvez devesse ser no pós-CT, *i.e.*, a ligação à comunidade, ao social, à família, o movimento de dentro para fora. Esta ligação ao exterior parece-nos essencial, tanto para as pessoas em processos terapêuticos como para aquelas para quem a CT passa a ser um lar.

Neste sentido, a promoção da ligação do residente em CT à comunidade local parece-nos ser uma abordagem útil e terapêutica, mais realista e autónoma, com maior ligação ao real, por exemplo, com a frequência dos espaços desportivos, das coletividades e da autarquia, reduzindo assim alguma artificialidade que as vivências mais herméticas podem promover. Muitas vezes o regresso na vida social é um regresso que não existe, porque antes já era um vazio; importa trabalhar com as pessoas interesses e formas de assegurar o direito ao lúdico, à cultura, ao belo, ao espaço público como palco de cidadania.

Parece-nos também que, à semelhança de outras áreas e abordagens, faz sentido personalizar as intervenções, adaptando-as a cada um e às suas necessidades, tal como um alfaiate que desenha cada fato à medida de cada cliente. Como já referido, cada sujeito tem as suas competências e dificuldades específicas e em diferentes estádios, pelo que as respostas não devem ser homogêneas. Não faz sentido pensar um modelo de intervenção igual para todos, mesmo que dentro de um mesmo grupo, de

uma micro-comunidade, como é o caso de uma CT. Para intervenções realmente eficazes e promotoras de autonomia, de saúde, de empoderamento, devem ser as respostas a adequarem-se a cada pessoa e não as pessoas a encaixarem nos modelos instituídos. Ao pensar-se a prática clínica, compreende-se como o sofrimento que a maior parte dos clientes traz é um sofrimento ligado à relação, à falta de amor, ao amor em excesso, à dependência, à perda, à incapacidade para sentir amor por si próprio, e este espaço para este renascer, num útero psicoterapêutico capaz de germinar esta nova relação, é um dos maiores desafios a ter em conta numa CT, independentemente dos modelos teóricos subjacentes.

#### **4 Considerações Finais**

As CT têm-se mantido como respostas muito importantes nos CAD, aliando saber técnico ao apoio interpares, com demonstrado valor clínico. Mas continuarão elas a ser um recurso suficientemente pertinente na atualidade? Será que se têm adaptado, da evolução e mudanças nos perfis dos usuários e suas necessidades? Terão as CT's evoluído e acompanhado uma realidade que teima em não ser estática?

Se é possível às pessoas suspenderem os consumos para integrar uma CT, essa passa a ser uma solução de recurso, mesmo que uma mesma pessoa já tenha integrado incontáveis programas de tratamento em CT's. Se as pessoas não conseguem ou não pretendem suspender esses mesmos consumos, mas estão doentes e necessitadas de cuidados continuados ou paliativos, não há lugar para elas no sistema de cuidados em Portugal.

O futuro das CT's passa pela sua capacidade de se reinventarem e responderem às necessidades e desafios decorrentes das transformações nas populações usuárias. O sistema tem de acompanhar e adaptar-se ao impacto destas mesmas transformações nas práticas de consumo, no envelhecimento, no aumento de comorbilidades físicas e psíquicas, ou simplesmente no fato das pessoas não quererem ou não conseguirem suspender consumos e, ainda assim, necessitarem de cuidados de longa duração.

Importa a adaptação das estruturas existentes às novas realidades da população a que se destinam e das suas necessidades, sem esquecer nunca a importância de, independentemente da orientação teórico-técnica

de cada instituição, garantir a existência de princípios básicos como: 1) a existência de uma ET, que abranja as áreas da medicina, de abuso de substâncias psicoativas, da psicologia, da intervenção familiar, da área legal e de inserção social, devidamente habilitada e com formação considerada adequada, em número e permanência suficientes para o desenvolvimento das atividades previstas no programa terapêutico de cada CT; 2) a proibição de ações que impliquem formas de violência física ou psíquica, a coação moral ou retenção física dos usuários ou a exploração das suas fragilidades em prol dos benefícios da instituição (IDT, 2011).

No último relatório das Nações Unidas para o direito à saúde física e mental, Dainius Pūras (*United Nations – Human Rights Council*, 2019), o relator especial, refere que o mais preocupante é que os Estados continuem a destinar a maior parte dos recursos de que dispõem em sistemas ineficazes que dependem excessivamente da medicalização, da coação e internamento em instituições, da estigmatização, discriminação e promoção da dependência e não da individualidade da pessoa com experiência de doença mental. Porque é a pessoa que nos interessa e não a doença que ela carrega, Dainius Pūras enfatiza: “a comunidade global deve priorizar sistemas sustentáveis que permitam e adotem uma abordagem baseada em direitos humanos para a promoção da saúde mental. Os seres humanos, em toda a sua diversidade, são detentores de direitos e não devem ser vistos como sujeitos de diagnóstico ou carga de doença”. Segundo Pūras “iniciativas de *advocacy* lideradas por utentes, redes de apoio de pares e, vitalmente, novos métodos de trabalho, como coprodução baseada na genuína igualdade para pessoas com experiência de saúde mental e serviços, são essenciais para restaurar a confiança e construir novas alternativas.”

Em suma, a finalidade última será acompanhar cada residente no seu próprio tempo e nível de desenvolvimento e, mais ainda, promover relações humanas, suficientemente flexíveis, seguras e esclarecidas, o que acreditamos ser o único antídoto contra os consumos de álcool e/ou outras drogas e todas as outras adições contemporâneas (ANTÓNIO, 2018). Sem esquecer, como bem enfatiza Coimbra de Matos “também o conhecimento do outro (os outros) e, sobretudo, das relações, não só interpessoais, mas essencialmente intersubjetivas” (MATOS 2011, p. 83), o trabalho psicoterapêutico pressupõe tempo(s), continuidade, espaços diferenciados e flexíveis, elos, vínculos, ligações, afetos — relações humanas.

## Referências

ANTÓNIO, P. O encontro terapêutico e a centralidade do afecto na clínica com toxicodependentes. **Toxicodependências**, v. 14, n. 2, p. 15-24, 2008.

ANTÓNIO, P. Os Problemas Ligados ao Álcool: compreensão psicodinâmica. *In: JORNADAS DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE – INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE: DIVERSIDADE E COMPLEMENTARIDADE*. Lisboa: Universidade Lusófona, 2018.

BADARACCO, J. **Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros. Yl descubrimiento del simismo**. Buenos Aires: Paidós, 2020.

BALSA, C., VITAL C., & URBANO C. **IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2018.

BETTER TREATMENT FOR AGEING DRUG USER (BeTrAD) . **Toolbox Presentation**. Amesterdão: s.n., [ 2018]. Chapter 1. Disponível em: <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/f1824a08-daac-4e67-ba6f-f4812a4734be/Toolbox.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

BONNER, A. **Social Determinants of Health**. [S.l.]: Policy, 2017.

CABRAL, A., MACEDO, D. & BANHUDO, S. **CASA 2020 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens**. S.l.: Departamento de Desenvolvimento Social/Unidade de Infância e Juventude, 2021.

MATOS, A. Coimbra de. **Relação de Qualidade: penso em ti**. Lisboa: Climepsi, 2011.

LEON, G. de. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. [S.l.] Loyola, 2003.

DENNING, P.; LITTLE, J. **Over the influence. The harm reduction guide to controlling your drug and alcohol use**. 2. ed. New York: The Guilford, 2017.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Treatment and care for older drug users**. Publications Office of the European Union. Luxemburgo: [s.n.], 2010. Disponível em: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/580/EMCDDA\\_SI10\\_Ageing\\_242756.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/580/EMCDDA_SI10_Ageing_242756.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e Evoluções 2021**. Luxemburgo: [s.n.], 2021. Disponível em: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_PT\\_03.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PT_03.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

GOSSOP, Michael. Nota do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência um problema esquecido. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)**. Lisboa: [s.n.], 2008. Disponível em: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/504/TDAD08001PTC\\_web\\_94434.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/504/TDAD08001PTC_web_94434.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

HEYMAN, J. & CONGRESS, E. **Health and social work: practice, policy, and research**. DOI: 10.1891/9780826141644, 2018. [???FALTA INFORMAÇÃO?]

INSTITUTO DE DROGAS E TOXICODPENDÊNCIA (IDT). **Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas**. Lisboa: IDT, Departamento de Tratamento e Reinserção, 2011.

JOHNSTON, L.; LIDDELL, D.; BROWNE, K.; PRIYADARSHI, S. Responding to the needs of ageing drug users. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)**. Luxemburgo: [s.n.], 2017. Disponível em: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6225/EuropeanResponses-Guide2017\\_BackgroundPaper-Ageing-drug-users.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6225/EuropeanResponses-Guide2017_BackgroundPaper-Ageing-drug-users.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

LOGAN, D., & MARLATT, G. Harm Reduction Therapy: a practice-friendly review of research. **Journal of Clinical Psychology**: in session, v. 66, n. 2, p. 201-214, 2010.

MATÉ, D. G. **In the realm of hungry ghosts**. Vermilion, 2018.

MARLATT, G., LARIMER, M., & WITKIEWITZ, K. **Harm Reduction**: pragmatic strategies for managing higher-risk behaviors. 2. ed. New York: The Guilford, 2012.

MARLATT, G., & GORDON, J. **Prevenção de recaída**. estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Tradução: D. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MEE-LEE, D.; Shulman, G.; FISHMAN, M.; GASTFRIEND, D. Miller (eds.). **The American Society of Addiction Medicine (ASAM) Criteria**: treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions. 3. ed. Carson City, NV: The Change Companies, 2013.

MILLER, W., & ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos** Tradução: A. Caleffi; C. Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

Monteiro, P. **Contributo para a Avaliação da Comunidade Terapêutica Cleanic**: as perspetivas de utentes em tratamento para a toxicodependência. 2020. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante. Universidade Católica Portuguesa. Porto, 2020.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 212/2006, publicado em outubro 2006. **Diário da República**, [s.l.], série 1, n. 208, p. 7.517-7.525, 27 out. 2006. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/212/2006/10/27/p/dre/pt/html>. Acesso em: 20 out. 2021.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 221/2007, publicado em maio de 2007. **Diário da República**, [s.l.], série 1, n. 103, p. 3.516-3.519, 29 maio 2007. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/221/2007/05/29/p/dre/pt/html>. Acesso em: 20 out. 2021.

Prata, I. & Manso, L. Um tempo entre dois mundos. Contributo para a reflexão sobre as perspectivas de futuro das comunidades terapêuticas para heroínómanos. **Toxicodependências**, v. 3, n. 3, p. 3-8, 1997.

SOMMER, M. As comunidades terapêuticas - história, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. **PSIQUE**, n. 7, jan.-dez. 2011, p. 135-166, 2011.

SOULET, M. La reconnaissance du travail social palliatif. **Dépendences**, 33, p. 14-18, 2007. Disponível em: [https://www.grea.ch/sítios virtuais/default/files/Article4\\_1.pdf](https://www.grea.ch/sítios virtuais/default/files/Article4_1.pdf). Acesso em: 18 out.2021.

TATARSKY, A. **Harm Reduction Psychotherapy**: a new treatment for drug and alcohol problems. New York: Jason Aronson, Inc, 2002.

TINOCO, R. Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. **Toxicodependências**, v. 12, n. 1, p. 21-30, 2006.

VIEIRA, C. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. **Toxicodependências**, v. 13, n. 3, p. 15-22, 2007.

WINNICOTT, D. The relationship of a mother to her baby at the beginning. *In*: **The Family and Individual Development**. Londres: Routledge, 1999. p. 15-20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health**. 2021. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Acesso em: 20 out. 2021.

UNITED NATIONS. Human Rights Council. **Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur**. United Nations, General Assembly, 2019. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrrighthealthindex.aspx>. Acesso em: 20 out. 2021.



# CAPÍTULO 6

## LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ENCIERRO: APUNTES PARA UNA ARQUEOLOGÍA DE LA ATENCIÓN AL USO DE DROGAS EN MÉXICO

Angélica Ospina-Escobar<sup>30</sup>

### 1 Introducción

**E**ste texto busca aportar elementos para una arqueología del sistema mexicano de cuidado y atención al llamado “uso problemático” de drogas en México. Para ello, el texto se divide en tres partes. En la primera se abordan algunos conceptos básicos. En la segunda se describe la historia de los arreglos institucionales en torno al tratamiento frente al uso problemático de drogas que se fue construyendo durante el siglo XX. Por último, se discuten los hallazgos desde los aportes de Foucault (1976; 1985) a este campo.

Para la elaboración del documento se hizo una revisión de la literatura académica disponible en internet en torno a la atención al uso problemático de drogas en México y se revisaron documentos oficiales sobre la normatividad en esta materia y documentos programáticos en torno a este. Esa información fue complementada con entrevistas realizadas durante 2019 a personas que trabajaron en la administración pública y en organizaciones de la sociedad civil y que ejercieron un rol protagónico en

<sup>30</sup> Catedrática Conacyt asignada al Programa de Política de Drogas de la División de Estudios Multidisciplinarios del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), Región Centro. Candidata en el Sistema Nacional de Investigadores. Maestra en demografía y doctora en estudios de población por El Colegio de México. Sus temas de investigación son uso de sustancias psicoactivas, reducción de riesgos y daños, educación sobre drogas en la escuela, género, curso de vida y sociología de las emociones. Correo electrónico: [angelica.ospina@cide.edu](mailto:angelica.ospina@cide.edu)

el diseño de la organización y la oferta de la atención al uso problemático de drogas en el país.

## **2 Drogas y el Sistema de Atención Como Dispositivos de Regulación**

Las drogas se pueden definir como “sustancias químicas que se incorporan al organismo humano y tienen la capacidad de modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etcétera), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan” (ROMANÍ, 2016). En otras palabras, las sustancias, sus efectos y consecuencias no pueden ser disociadas de las estructuras sociales ni de las representaciones simbólicas que para los sujetos y colectivos éstas tienen (GOLTZMAN y AMORÍN, 2013).

Todas las culturas han utilizado sustancias con el propósito de modificar los estados de conciencia (ESCOHOTADO, 2005, p. 73) y también han construido mecanismos sociales de regulación de su uso y de gestión de sus efectos.

Los dispositivos de atención al uso de sustancias psicoactivas pueden entenderse, siguiendo a Foucault (1985), como mecanismos de regulación de ciertos patrones de uso de distintas sustancias psicoactivas, en tanto tienen la “capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (AGAMBEN, 2011, p. 257). Desde este marco, los sistemas de atención, en tanto dispositivos, son “estrategias de relaciones de fuerza que soportan unos tipos de saber y que son soportadas por ellos” (GABILONDO, 2009, p. 23) y parten de unas construcciones culturales particulares desde las cuales se define lo que es normal-anormal, salud-enfermedad.

Como bien lo plantea Taussig, “la objetividad fantasmal de la enfermedad y su tratamiento” (1992, p. 84), que se promueve desde el modelo médico frente al uso de sustancias conlleva a la cosificación de aquello considerado “enfermedad” y por este mecanismo niega el carácter social, histórico, cultural y político de la construcción de la “adicción” como enfermedad y del sujeto “adicto” como depositario de la intervención del Estado. Esta perspectiva permite develar los procesos históricos, económicos, políticos y sociales en el marco de los cuáles se forjan y producen subjetividades como las de “adicto”, “farmacodependiente”, y/o “vicioso” y los consumos

de algunas sustancias clasificadas como ilegales se declaran como problemáticas o como señal de la existencia de una enfermedad en el sujeto. El propósito de este texto es dar cuenta del proceso de construcción del sujeto “adicto” y de la “adicción” como enfermedad del siglo XX en México a través de un ejercicio de arqueología de la historia del sistema mexicano de cuidado y atención al llamado “uso problemático” de drogas en México.

### **3 La Historia del Sistema de Atención y Cuidado al Uso de Drogas en México**

En México la historia de un discurso oficial de atención al uso “problemático” de drogas surgió en paralelo al régimen prohibicionista frente a las drogas en la segunda década del siglo XX. Esta coincidencia histórica fue una casual y el relato que se presenta a continuación mostrará cómo, en México, las perspectivas médicas y jurídicas frente al uso de drogas se reforzaron mutuamente. El régimen de prohibición recurrió a los conceptos de enfermedad del campo médico para justificar intervenciones punitivas, especialmente para aquellos sujetos con menos capital social que fueron construidos durante el siglo XX como carentes de autocontrol e incapaces de autogobernarse y, por tanto, objeto de intervención Estatal.

En este apartado se describe el continuo de arreglos institucionales que se fueron forjando por parte del Estado y, en algunos momentos, en diálogo con iniciativas de la sociedad civil para atender el uso de drogas desde 1920 hasta 2020. En este relato interesa mostrar cómo las respuestas institucionales frente al uso de sustancias son productos socioculturales que se sedimentan al calor de pugnas entre diferentes actores sociales e instituciones en el marco de discursos y tecnologías frente a esta práctica social que desde la segunda década del siglo XX fue catalogada oficialmente como “desviada”.

### **4 Los Toxicómanos: la aparición y consolidación del prohibicionismo (1910-1960)**

Entre 1920 y 1930 México pasó de ser un país donde se permitía la importación, producción, comercialización y distribución de heroína, cocaína, morfina, marihuana y sus derivados, a vivir bajo un régimen

de prohibición de cualquier actividad relacionada con el uso de estos “enervantes” (ENCISO, 2015). Las primeras medidas estuvieron dirigidas a establecer una regulación más estricta sobre la prescripción de narcóticos y las farmacias que los proveían, lo que se tradujo, entre otras cosas, en la elaboración de listados oficiales de pacientes “toxicómanos” (ENCISO, 2015). En ese contexto, la cárcel y el hospital psiquiátrico se erigieron como las principales instituciones de control para los usuarios pobres que no tenían acceso a prescripciones médicas y que quedaban a expensas del incipiente mercado negro de las drogas recientemente ilegalizadas (OSPINA-ESCOBAR, 2021).

El Manicomio General de la Ciudad de México, fundado en 1910 y conocido como “La Castañeda”, incluía un pabellón especial para “toxicómanos”, haciendo referencia a los “alcohólicos, fumadores empedernidos de marihuana y heroínómanos, cuyo entorno social los consideraba merecedores del encierro” (RÍOS MOLINA, 2008, p. 78). La falta de conocimientos y de tecnología médica para tratar los padecimientos mentales, neuronales y de carácter de las personas allí consignadas,<sup>31</sup> llevó a que el tratamiento para todos los padecimientos fuese esencialmente el asilo (DE LA FUENTE Y CAMPILLO, 1976).

En 1917 se creó el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, que tenía entre otras funciones, el control del tráfico de drogas. Luego, el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales promulgado en 1929, institucionalizó algunas ideas estereotipadas frente a los “viciosos” que venía sedimentándose en la sociedad mexicana desde la segunda mitad del siglo XIX, lo que se evidenció en que consideraba el uso de sustancias como una circunstancia agravante del delito<sup>32</sup> y establecía que una de las sanciones a aplicarse era la reclusión en el hospital de toxicómanos.<sup>33</sup>

<sup>31</sup> De acuerdo con de la Fuente y Campillo (1976) sólo a partir del fin de la primera guerra mundial se dio un impulso al desarrollo de la psiquiatría y es sólo a partir de 1935 que aparecen los primeros tratamientos para las enfermedades mentales: Inducción de crisis convulsivas y de coma con medicamentos, terapia de electrochoques y lobotomías.

<sup>32</sup> En particular, el capítulo IX artículo 60 “de las circunstancias agravantes” fracción VII, a la letra establece: “Haber sido de malas costumbres, demostradas por la vida anterior viciosa o desarreglada, sea personal, familiar o social” (Código Penal Federal, 1929)

<sup>33</sup> “Los ebrios habituales y los toxicómanos serán reclusos en un hospital departamento especial del manicomio, donde permanecerán hasta que estén completamente curados o corregidos a juicio de los facultativos del establecimiento y del Consejo Supremo de Defensa y Prevención

Si bien en la década de 1930 el código penal diferenciaba conceptualmente entre distribuidor de drogas y toxicómano, criminalizaba a ambos al considerar que incurrieran en delitos federales.<sup>34</sup> Aún más, el Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 institucionalizó el internamiento obligatorio para “toxicómanos” en los hospitales federales creados para este fin. El afán persecutorio y punitivo frente a “las drogas” fue ganando terreno en esta década y así, en 1937, el Juez Jorge Salazar llegó a proponer que los culpables de “delitos contra la salud” fueran relegados a perpetuidad en islas desiertas y, a los declarados incurables, se les aplicara la “esterilización de sus órganos genitales” (PÉREZ MONFORT, 2016).

En esta evolución punitiva hubo una excepción: el caso del Dr. Leopoldo Salazar Viniegras, quien a finales de la década de 1930 fungía como director de Toxicomanías del Departamento de Salubridad y el Hospital de Toxicómanos anexo al manicomio de la Castañeda. El Dr. Salazar promulgó en febrero de 1940 un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanía en el cual se dispuso que el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, pusiera en operación dispensarios de heroína y morfina en la Ciudad de México, para ello, los “toxicómanos” debían darse de alta como pacientes en la Secretaría de Salud. Este nuevo reglamento definía al “toxicómano” o “vicioso” como un “enfermo a quien hay que atender y curar” (ASTORGA, 1996, p. 45). Sin embargo, la presión de Estados Unidos generó la derogación de ese reglamento y su experimento regulatorio en julio de 1940 (CAMPOS, 2017; ENCISO 2015).

Con la derogación del experimento de Salazar, se favoreció un enfoque manicomial frente al uso de sustancias que fue consolidándose de la mano de la construcción del sistema estatal de tratamiento de las “toxicomanías”. Como lo anotan Garbi, Touris y Epelé (2012), fue entre las décadas de 1940 y 1950 que desde la psiquiatría se empezó a considerar el uso problemático de drogas como un problema de “malformación del carácter” y ante lo cual era necesario modificar al sujeto, lo que supuso que el tratamiento se orientara a cambiar las actitudes, reconstruir la personalidad y desarrollar

---

Social. Durante el período de curación, serán sometidos a un régimen de trabajo con aislamiento nocturno” (Código Penal Federal, 1929).

<sup>34</sup> De acuerdo con Astorga (1996:42), “en el código penal de 1931, el toxicómano es clasificado como aquella persona que sin fines terapéuticos sea usuario habitual de las drogas señaladas en los artículos 198 y 1999 del código sanitario vigente”.

una forma disciplinada de vida (GARBI, TOURIS Y EPELÉ, 2012, p. 869).

En México, este discurso médico para el tratamiento a las “toxicomanías” se tradujo en la creación, en 1944, de la primera «Granja de recuperación para enfermos mentales pacíficos» en la ciudad de Guanajuato, basada en la terapéutica por el trabajo y destinada a pacientes crónicos de La Castañeda (SACRISTÁN, 2005). Los hospitales-granja permitieron desahogar los hospitales psiquiátricos y disminuir su carga económica, al poner a los pacientes a realizar trabajos agrícolas, domésticos, artesanales y/o industriales.<sup>35</sup> Dado que una de las poblaciones más importantes de estos hospitales-granja fueron los “toxicómanos”, fue en estos espacios donde se empezó a implementar el modelo de tratamiento de los grupos de Narcóticos Anónimos formados en 1947, siguiendo el modelo surgido en Estados Unidos en 1935 (COOK, 1988).

De acuerdo con Escohotado (2005), el término “rehabilitación” aplicado al uso de drogas y ligado a la terapia ocupacional, surgió justamente en el contexto institucional de los hospitales-granja y bajo el influjo de los discursos del higienismo social que, a lo largo de la década de 1940, llevaron en México a la fusión de la Secretaría de Salud Pública y la de Asistencia social; fusión que persiste a la fecha.

Este periodo finaliza con la llegada de la psiquiatría moderna, que marcó un cambio en la manera de estudiar los padecimientos mentales, entre ellos lo que hasta este momento seguían denominándose “toxicomanías”. Este desarrollo fue posible gracias a la llegada de fármacos que modificaban las funciones mentales y la conducta, así como a los nuevos conocimientos sobre las funciones cerebrales, lo que derivó en la creación de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación en 1959. Además, promovió la apertura del primer hospital de neurología en 1964 y el cierre del manicomio de la Castañeda en 1965 (DE LA FUENTE Y CAMPILLO, 1976). A través de estas instituciones se fue instituyendo un lenguaje médico específico para referirse al uso de drogas.

Los proyectos de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación contenían, entre otros, los servicios de “Higiene Mental”, dentro de los cuales se ofrecía prevención, detección y tratamiento de uso problemático de drogas y alcohol en centros de atención primaria

---

<sup>35</sup> Once granjas-hospitales de este tipo fueron creadas entre 1945 y 1968 cerca de las ciudades capitales de diferentes estados de la República (SACRISTÁN, 2005).

(BENASSINI, 2001). Sin embargo, esta iniciativa no se implementó en todo el país y aún en el caso de la Ciudad de México, no logró masificar el uso de los servicios de salud mental en la población general, que siguieron teniendo como locus principal el hospital psiquiátrico (BENASSINI, 2001). En 1971, la Dirección cambió su denominación a Dirección General de Salud Mental, centrándose en labores operativas que permitían el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos de todo el país (BENASSINI, 2001).

## 5 La Construcción del Farmacodependiente (1970-1980)

A finales de la década de los sesenta y en respuesta al convulsionado ambiente político y cultural, en el que los jóvenes eran protagonistas, aparecen los Centros de Integración Juvenil (CIJ), como asociación civil incorporada a la Secretaría de Salud (SSA) para atender el consumo de drogas entre los jóvenes. Los CIJ iniciaron una nueva etapa en términos de prevención y atención al uso problemático de drogas, al consolidar el modelo médico de atención y un discurso en el cual esta práctica fue concebida como una enfermedad sin cura que requería un proceso continuo de recuperación (COOK, 1988). En ese sentido, desde los CIJ cualquier uso de sustancias psicoactivas fue considerado abuso y su tratamiento se orientó hacia la abstinencia.

Los CIJ introdujeron el término “farmacodependencia” en México, reemplazando al de “toxicomanías” y profesionalizaron la atención al uso de drogas, a través de la importación del modelo Minnesota<sup>36</sup>, ofreciendo acompañamiento médico y psicológico (COOK, 1988). La oferta de servicios del CIJ creció rápidamente en esa primera década, extendiéndose en toda la República.

A la aparición de la “farmacodependencia” como enfermedad tipificada por la psiquiatría y de un centro especializado de atención al “farmacodependiente” con discursos y tecnologías de atención, se sumó la necesidad de medir la prevalencia de uso de drogas en la población general. Para tal fin, en 1972 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública conformó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), con la tarea de realizar investigación científica, entrenar profesionales en prevención, tratamiento y rehabilitación, y coordinar esfuerzos institucionales

<sup>36</sup> Originado en los años 50 del siglo XX en Estados Unidos (COOK, 1988).

para disminuir la demanda de drogas ilegales en la población (CIA,1976). Hasta este momento no existía un esfuerzo por coordinar las actividades de diversas instituciones públicas frente a la incidencia de uso de drogas, ni guías que orientaran sobre cómo intervenir en el fenómeno.

El CEMEF, desarrolló las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas sobre uso de sustancias psicoactivas y, en 1976, levantó la primera Encuesta de Consumo de Drogas en Población Escolar (ENCODE)<sup>37</sup>. En 1979 el CEMEF fue absorbido por el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), que dio origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría (CONADIC, 2012). En 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud, se establecieron por primera vez programas específicos de acción contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, como parte del Programa Nacional de Salud y se creó un organismo encargado de normar el cuidado de la salud mental en México.

Durante la década de los ochenta, el Instituto Nacional de Psiquiatría continuó impulsando la investigación epidemiológica en materia de uso de drogas, promovido por la CEMEF en la década anterior, a través de la implementación de las primeras encuestas nacionales de adicciones (ENA) para población entre 12-65 años y del Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad de México<sup>38</sup>. En 1990, el instituto lideró la creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), que a la fecha sigue funcionando, y que desde entonces integra anualmente datos de los centros de tratamiento no gubernamentales y gubernamentales, los consejos tutelares de menores, los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) y los servicios de urgencias de los hospitales públicos participantes en el sistema, con los resultados de las encuestas sobre uso de drogas levantadas en hogares y con población escolar (Villatoro-Velázquez, et al., 2012). Desde entonces esta información alimenta el diseño de intervenciones bajo el modelo Minnesota auspiciado por el *National Institute*

<sup>37</sup> Este esfuerzo por hacer vigilancia epidemiológica de las adicciones en estudiantes se mantiene a la fecha. Hasta septiembre de 2019, se han realizado cinco encuestas nacionales en escolares, en 1976, 1986, 1991, 1997 y 2014, y encuestas específicas de los escolares de la ciudad de México cada tres años desde 1976, siendo la última la aplicada en 2012. También se han aplicado encuestas a escolares en los estados de Nuevo León (2006), Jalisco y Estado de México (2009) y a población general en ciudades como Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Yucatán, en diferentes años, sin que haya una continuidad establecida.

<sup>38</sup> Con el objetivo de evaluar las tendencias y cambios del fenómeno a través del tiempo. A la fecha, no existe una iniciativa similar en otra entidad de la República.



on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos y la Oficina para el Control del Crimen y el Delito (UNODC) de Naciones Unidas.

A mediados de la década de 1980 se inició el proceso de descentralización del sistema de salud, debido a una conjunción de factores económicos, demográficos, epidemiológicos y políticos (ABRANTES PEGO Y ALMEIDA, 2002, p. 981). La descentralización buscaba mejorar el acceso a los servicios de salud y racionalizar recursos a través de la integración de las instituciones de Seguridad Social con las de la Secretaría de Salud, constituyendo un “Sistema Nacional de Salud basado en atención primaria y descentralizado” (FREN *et al.*, 2003, p. 1668). La atención de la salud mental y las adicciones pasaron a ser responsabilidad de los estados y ello supuso menor inversión de recursos por parte del gobierno federal. En ese contexto de descentralización y de impulso a la atención primaria en salud se conformaron en 1986 y por mandato federal, los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECAs), cuya la finalidad era coordinar las acciones de prevención y control de usos de drogas en todo el territorio nacional entre jóvenes de 12 a 25 años y establecer un marco normativo al respecto (CONADIC, 2012).<sup>39</sup>

Entre 1980 y 1990 creció de manera importante la oferta de tratamiento residencial por parte de grupos de ayuda mutua que implementaban el modelo de 12 pasos y aparecieron las denominadas comunidades terapéuticas, las cuales se diferenciaban de los grupos de ayuda mutua por su mayor nivel de capacitación y acompañamiento de profesionales (SÁNCHEZ-MEJORADA, 2013).

En 1986 se reportó el primer caso de VIH en una persona que se inyectaba drogas en el norte del país. Ello detonó la puesta en marcha de sistemas de encuestas centinela para la vigilancia epidemiológica del virus en población de inyectores en la década de 1990 (MAGIS RODRÍGUEZ y PARRINI ROSES, 2006). La llegada del VIH a las comunidades marginalizadas de personas que usaban sustancias psicoactivas movilizó a la sociedad civil y en 1986 se creó el primer programa comunitario de intercambio de jeringas en Ciudad Juárez bajo el paradigma de promoción y desarrollo comunitario, con un componente de educación de pares.

---

<sup>39</sup> Los CENCA's siguen funcionando al día de hoy, bajo la misma lógica de coordinación interinstitucional.

## 6 El Vih y el Auge de Llos Modelos Comunitarios de Atención (1990)

La relevancia política que fue tomando el tema de “las drogas” llevó a la creación en 1995 del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (BENASSINI, 2001). En esta década crecieron de manera exponencial los servicios de tratamiento para el uso de drogas en modalidad residencial inspirados en los programas de AA y NA. La expansión de los grupos de ayuda mutua se explica en parte por el servicio voluntario y gratuito que ofrecían y en parte por la insuficiente oferta de servicios públicos (BERENZON, MEDINA-MORA y LARA, 2003; ROSOVSKY, 2009).

Al final de esta década, en 1998, apareció la primera norma oficial para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, que estableció unos lineamientos mínimos para la regulación de los servicios de atención.

Como contraparte al crecimiento de los servicios de tratamiento en modalidad residencial, también la década de 1990 se caracterizó por el fortalecimiento de los modelos comunitarios de atención al uso problemático de drogas en contextos de extrema marginación y sufrimiento social. Estos proyectos fueron generados desde la sociedad civil que buscaba articular sus esfuerzos frente a unos modelos de tratamiento que no contemplaban a estas poblaciones extremadamente marginalizadas, que no mostraban efectividad y en los cuales la intervención trataba a las personas como sujetos aislados de su contexto social y comunitario (MACHÍN, 2015).

Algunas de estas experiencias comunitarias emergieron y se consolidaron en la década de 1990 en la Ciudad de México, Cuernavaca y Ciudad Juárez, y contaron con financiamiento internacional hasta 2005<sup>40</sup> (MACHÍN, MERLO y MILANESE, 2009). La mayoría de estas experiencias tuvieron como antecedente la formación en el modelo *Progetto Uomo* en Italia gracias al financiamiento de Caritas internacional (SÁNCHEZ-MEJORADA, 2013). El financiamiento internacional favoreció la construcción de redes entre las organizaciones que implementaban estos acercamientos comunitarios al uso de drogas, entre ellas la REMOISS y gracias a ello, algunas de estas experiencias fueron sistematizadas y dieron lugar al meta-modelo ECO2 (MACHÍN, 2015) que fue exportado a diferentes países de América Latina.

<sup>40</sup> Algunos ejemplos son la experiencia de La Carpa y El Caracol, ambos en la Ciudad de México.

El enfoque comunitario de atención a la “farmacodependencia” que propone el meta-modelo ECO2, pero que también está presente en otros acercamientos realizados por parte de la sociedad civil, generó una ruptura en relación con el modelo médico hegemónico, en tanto planteaba como perspectiva de abordaje la necesidad de construir otros arreglos comunitarios para encauzar la acción colectiva hacia la generación de dispositivos propios de autoapoyo, desde los cuales se recontextualizara la “farmacodependencia” (MACHÍN, 2015). Por ello, el eje de la intervención era el territorio y las redes sociales existentes en ellos y que dotaban de recursos de todo tipo a sus habitantes. de acuerdo con Machín (2015), la formación de agentes de promoción social se constituyó en uno de sus pilares, en conjunto con el desarrollo de actividades de integración, contención y dinamización comunitaria. La finalidad de los modelos comunitarios era contrarrestar los procesos de exclusión social grave que enfrentaban algunas poblaciones de usuarios problemáticos de droga (MACHÍN, 2015).

Los modelos comunitarios de atención a la “farmacodependencia” generaron una serie de rupturas epistemológicas con el estilo de intervención clínico-psicosocial propuestos por los modelos tipo Minnesota (MACHÍN, 2015). La primera ruptura tiene que ver con el sujeto de la intervención, pues mientras los modelos clásicos se centraban en el aislamiento del sujeto “desviado”, los modelos comunitarios proponían centrarse en las dinámicas socio-comunitarias que posibilitaban la creación de dispositivos de autoapoyo (MACHÍN, 2015). En segundo lugar, cuestionaban la supuesta anormalidad del uso de drogas, considerando que los usos de sustancias se deben considerar como un fenómeno hipercomplejo y multidimensional (MACHÍN; MERLO Y MILANESE, 2009, p. 98-99), una expresión de la normalidad, una manifestación estructural de nuestra sociedad, planteándose que el problema es la estigmatización y criminalización de esta práctica social (MACHÍN, 2015). En tercer lugar, cuestionaban la abstinencia como meta única del tratamiento y planteaban la reducción de riesgos y daños como metas de corto y mediano plazo centradas en la perspectiva de los usuarios (MACHÍN, 2015).

## **7 Democratización Y Guerra Contra Las Drogas (2000-2021)**

A principios del nuevo milenio se puso en marcha una segunda reforma del Sistema de Salud, basada en la reorganización del sistema por funciones (provisión, financiamiento y administración) con el objetivo de aumentar

la cobertura en salud a través del Seguro Popular<sup>41</sup> y fortalecer la atención primaria en salud<sup>42</sup> que se venía promoviendo con un éxito muy limitado desde 1990 (FRENK *et al.*, 2003, p. 1670).

En el marco de esta segunda reforma se crearon las Unidades Médicas Especializadas (UNEMES), que se integraron a las redes estatales de atención a la salud, con el fin de acercar servicios especializados a la población, reducir los costos de operación y descongestionar los servicios de los hospitales bajo el modelo de atención primaria en salud, ofreciendo una cobertura integral. Sin embargo, es sólo hasta 2011 que aparecen las unidades específicas para adicciones, conocidas como centros “Nueva Vida” o “CAPA”.

Por otro lado, en el nuevo milenio inició también el proceso de regulación de los servicios de tratamiento, primero, a través de la elaboración de un padrón de los centros que operaban en la república y, segundo, a través de la institucionalización de procesos de acreditación de estos, según los criterios de la recién creada NOM-028. Según GALAVIZ y ORTIZ (2014), este proceso no fue una decisión exclusivamente gubernamental, sino que fue promovido por algunas de las instituciones que brindaban estos servicios y que buscaban desvincularse de aquellas que tenían un carácter más improvisado e incluso violatorio de los derechos humanos de las personas que atendían. En este marco, se crearon asociaciones de centros que buscaban garantizar unos mínimos de identidad y calidad de los servicios ofrecidos, como la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas fundada en 2000 (SÁNCHEZ-MEJORADA, 2013).

El esfuerzo por regular los centros de rehabilitación existentes por parte del Conadic, supuso elaborar un diagnóstico nacional de los servicios residenciales en el tratamiento de las adicciones (CENADIC, 2011) y a partir de allí se han ofrecido oportunidades de capacitación y profesionalización

<sup>41</sup> Es un seguro público y voluntario que busca, a través del aseguramiento público en salud, brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social, asegurando su acceso a servicios de salud, al tiempo que fomenta la atención oportuna (SSA, 2019).

<sup>42</sup> Desde 1990 México firmó la declaración de Caracas que proponía vincular la atención psiquiátrica a la atención primaria, enmarcándola dentro de los sistemas locales de salud. Sin embargo, los avances fueron muy pocos, en 2001 Benassini, reporta que “los programas de atención psiquiátrica en México se han basado en el déficit adaptativo de los pacientes y en la evidente discapacidad que les genera su enfermedad mental, incluida la farmacodependencia [...]. Por ser el eje de la atención, el hospital psiquiátrico que persiste en custodiar a las personas con secuelas y discapacidad, recibe una buena parte de los recursos de que se dispone, en detrimento del desarrollo de otras tecnologías y modelos de intervención [...] No se promueve la organización y participación comunitaria ni el desarrollo de articulación intersectorial” (p. 70).

al personal que trabajaba en estos establecimientos<sup>43</sup> (GALAVIZ y ORTIZ, 2014). Para incentivar estos procesos de cualificación, el Conadic conformó un directorio de centros certificados, a los cuales las instituciones gubernamentales remitirían personas que requirieran estos servicios. A partir del 2010, el Conadic ofrecía “becas” a los centros certificados para que atendieran a población que requería los servicios, pero no tenía capacidad de pago<sup>44</sup>. Este sistema de becas se vio fortalecido con la entrada en vigor de los tribunales de drogas en algunos estados de la República. El primero de este tipo de tribunales se creó en 2009 en el estado de Nuevo León, en el noreste de México, frontera con Texas, impulsados por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).<sup>45</sup> Desde entonces, este modelo se expandió y ha sido implementado en otros estados de la República como Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México y Morelos.

Diferentes organizaciones de la sociedad civil se han manifestado sobre la ineficacia del modelo en términos de la saturación del sistema de justicia penal y la criminalización de las personas que usan drogas (RAMÍREZ, 2016). Entre las críticas más frecuentes se encuentra que no son tribunales especializados, sino que funcionan dentro de los tribunales ordinarios bajo la figura de suspensión condicional del proceso a prueba. Es decir, es un juez y no un médico quien decide sobre la condición de salud de la persona. El juicio se suspende por el tiempo que el juez considere que la persona debe estar en abstinencia (en promedio 18 meses). Sin embargo, si se comprueba uso de sustancias ilegales (o alcohol, dependiendo del juez), el juicio puede reiniciarse, por lo que el modelo en realidad prolonga el tiempo de supervisión de la persona judicializada agravando la saturación del sistema penal (RAMÍREZ, 2016).

---

<sup>43</sup> Se ha propiciado acreditar académica a las personas que toman un mínimo de los cursos que ofrece Conadic, ofreciendo el título académico de consejeros en adicciones, un título técnico que cuenta con reconocimiento por parte de la secretaria de Educación Pública.

<sup>44</sup> Anualmente, el Conadic asignaba un monto de dinero a cada estado para otorgar becas, que debían ser distribuidas entre los centros de rehabilitación certificados. Las becas cubrían el tratamiento residencial de una persona por tres meses y la misma persona sólo puede ser beneficiada en una única ocasión.

<sup>45</sup> En México los tribunales de drogas están dirigidos a personas que por primera cometieron un delito no grave o a quienes cometieron delitos patrimoniales sin ejercer violencia, siempre y cuando exista un vínculo entre el consumo problemático de drogas y la comisión del delito, se cuente con la participación voluntaria de la persona procesada y el procedimiento se realice bajo la modalidad de juicio oral. (RAMÍREZ, 2016)

Adicionalmente, se plantea que la implementación de los tribunales de drogas no parte de un diagnóstico de la situación de uso de drogas en la entidad ni de la calidad y cantidad de centros de tratamiento disponibles, ni opera con recursos adicionales que permitan incrementar la oferta de servicios de tratamiento y/o la calidad de estos (RAMÍREZ, 2016). Por estas razones los tribunales de drogas en México terminan siendo un instrumento para encarcelar a personas que usan drogas y que en la mayoría de los casos son acusados de posesión simple (CHAPARRO, PÉREZ CORREA y YOUNGERS, 2017).

Paralelamente y ante la mayor visibilidad de las personas que se inyectan drogas (PID) en la frontera norte, en el marco de la epidemia de VIH, el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), abanderó la promoción de las estrategias de reducción de daños, pero exclusivamente entre PID. Algunas acciones implementadas por CENSIDA en esta década son la capacitación a proveedores de servicios de salud de la frontera en intervenciones de reducción de daños, la incorporación de la distribución gratuita de jeringas como parte de la estrategia nacional de lucha contra el sida y la reforma a la NOM-028 en 2009 para incluir la reducción de daños como una estrategia efectiva de prevención de VIH.

Bajo el apoyo institucional del CENSIDA, surgieron en la primera mitad de esta década, programas de intercambio de jeringas en Tijuana y Hermosillo, y las primeras clínicas que ofrecían tratamiento sustitutivo con metadona en Ciudad Juárez y Tijuana operadas por los CIJ.

La oferta de tratamiento con metadona se diversificó a otras ciudades a través de la operación de servicios privados. Sin embargo, no se logró instaurar una oferta más diversa de tratamiento sustitutivo que contemplara otros medicamentos como la buprenorfina, por el número limitado de personas con dependencia a opioides y la falta de apoyo estatal para la promoción de investigación en la materia, junto con la existencia de una regulación estricta en materia de importación, fabricación y distribución de este tipo de medicamentos.

Así, para el caso de México, la reducción de daños se instaló en el discurso institucional como parte de la prevención del VIH, de ahí que no se vincule como un componente del tratamiento ni de la prevención misma y que su alcance esté desde entonces ligado al universo específico de personas que se inyectan drogas. Este reduccionismo en la manera de

concebir la reducción de daños redundó en los muy limitados apoyos gubernamentales a las organizaciones de la sociedad civil que implementan intervenciones frente al de drogas desde una base comunitaria y no centradas en la abstinencia.

Desde 2015 a nivel legislativo se han aprobado una serie de sentencias que tienden hacia la regulación de los mercados ilícitos de cannabis<sup>46</sup>. Sin embargo, a la fecha no se ha hecho efectivo el marco legal que permita ejercer el derecho al uso medicinal y/o adulto de cannabis debido a que no se ha expedido el reglamento de control sanitario de cannabis y sus derivados, lo que impide el acceso legal a estos medicamentos, ni se ha implementado una legislación para el uso adulto, por lo que aún no existe un mercado legal de cannabis en México. Aún más la posesión simple sin fines de comercialización sigue siendo un punto álgido del debate en torno a la regulación de cannabis, en tanto es la principal causa de criminalización de las personas usuarias, pero la misma Suprema Corte de Justicia se ha manifestado en contra de eliminar el delito de posesión simple del Código Penal Federal.

En 2019, el Presidente Andrés Manuel López Obrador, en el marco de su programa de lucha contra la corrupción, prohibió que el gobierno federal financiaría organizaciones civiles, lo que puso en jaque el funcionamiento de aquellas que realizaban intervenciones de reducción de daños, proyectos comunitarios de atención a uso problemático de drogas, proyectos de asistencia social a poblaciones callejeras y centros de rehabilitación que operaban bajo esta figura legal. Los efectos de esta medida en la cantidad y calidad de los servicios de atención para el uso problemático deberán evaluarse en los años venideros.

## 8 Discusión

El análisis de la historia del sistema de atención al uso de sustancias psicoactivas en México da cuenta de cómo se va conformando un poder disciplinario, ejercido directamente sobre los cuerpos “adictos”. Este poder disciplinario se fundamenta en un saber clínico el cual a su vez refuerza un orden jurídico particular que legisla la legalidad/ilegalidad del consumo de

---

<sup>46</sup> En 2017 se reguló el uso medicinal de cannabis. En 2018 una sentencia de la Suprema Corte de Justicia de protegió el uso adulto apelando al libre desarrollo de la personalidad y en 2021 declaró inconstitucional la prohibición absoluta del uso adulto de cannabis.

las sustancias psicoactivas. Así, los campos médico y jurídico se alimentan mutuamente y desde estos lugares se erige el encierro -vía la cárcel, el hospital psiquiátrico o el centro de tratamiento — como LA tecnología principal de disciplinamiento de los cuerpos “intoxicados” en México.

La historia del sistema de atención al uso de drogas en México permite también develar las pugnas de poder detrás de la instauración del encierro como principal estrategia de intervención estatal frente a los cuerpos “adictos”. En estas pugnas han sido las organizaciones civiles quienes han insistido desde finales de 1980 por diversificar los dispositivos de atención al uso de sustancias y por plantear metas terapéuticas más allá de la abstinencia. Sin embargo, la hegemonía de la visión psiquiátrica tradicional, en conjunto con la fuerte presión de Estados Unidos para implantar un régimen de prohibición, así como el lugar marginal del movimiento antipsiquiátrico<sup>47</sup> en México han minado la posibilidad de alternativas comunitarias de atención financiadas por el Estado.

En este contexto, se ha sedimentado una figura estigmatizada de las personas usuarias en el que estas personas son representadas como peligrosas. Como bien lo han documentado Pérez Monfort (2016), Enciso (2015) y Campos (2017), la atribución de peligrosidad al uso de sustancias está fundamentada en ideas racistas y clasistas que se promovieron desde finales del siglo XIX en México y que embonaron con los discursos prohibicionistas del siglo XX. En ese sentido, el sujeto adicto-peligroso que requiere encierro es el joven pobre racializado.

Como bien sugiere Simmel (2010) se oculta lo que resulta inmoral y amenaza los vínculos sociales, en este caso el uso de sustancias en sujetos marginalizados y racializados, que no logran incorporarse a la lógica de producción capitalista. Es la población excedente que no reedita y que desde ese lugar de no productividad requiere ser intervenido por el Estado. Es en este marco que puede entenderse a la “adicción” como enfermedad del siglo XX, producto de la institucionalización del trabajo y de la implantación de valores que trae consigo el estilo de vida construido alrededor del trabajo.

---

<sup>47</sup> Movimiento crítico desde el cual se denuncia el ejercicio de poder y la función de la psiquiatría convencional en la sociedad y cuestiona en particular a la institucionalización de las personas con padecimientos de salud mental, planteando la necesidad de subvertir la dominación sobre la locura (DOSILMANCILLA, 2019).



El análisis crítico de la manera cómo se ha articulado en México el sistema de atención al uso de drogas permite desnaturalizar el carácter problemático que solemos atribuirle al uso de ciertas sustancias que han sido proscritas por el régimen global de prohibición y reconocer las tensiones políticas e institucionales que han forjado los imaginarios que hoy se hacen hegemónicos frente a las sustancias y las personas que las usan. Asimismo, este análisis crítico ofrece elementos para pensar en los procesos de construcción de subjetividades patológicas que es necesario encerrar, y que se erigen desde la clínica y desde el orden jurídico. Desde este reconocimiento podemos pensar otras narrativas posibles, otras subjetividades como horizonte de posibilidad de las personas usuarias de sustancias.

Hoy, al calor de los debates por la regulación del uso adulto del cannabis resulta fundamental recordar que las respuestas institucionales frente al uso de sustancias son productos socioculturales y, en consecuencia, tenemos la posibilidad de avanzar en nuevas narrativas e imaginarios frente a las sustancias y las personas que las usan que favorezca un favorezca un buen convivir.

## Referencias

ABRANTES PÊGO, Raquel; ALMEIDA, Celia. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 971-989, 2002.

AGAMBEN, Giorgio. ¿Qué es un dispositivo? **Sociológica**, v. 72, n. 26, p. 249-264, 2011.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS. Los centros de ayuda mutua en México. 2019. Disponible em: <http://aamexico.org.mx/preguntasosg>.

APUD, Ismael; ROMANÍ, Oriol. La encrucijada de la adicción: Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. **Salud y Drogas**, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2016.

ASTORGA, Luis. **El siglo de las drogas. Del porfiriato al nuevo milenio**. Ciudad de México: De Bolsillo, 2016.

BENASSINI, Oscar. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. **Salud mental**, v. 24, n. 6, p. 62-73, 2001.

BERENZON G., Shoshana; LARA, Ma. Asunción; MEDINA-MORA, Maria. Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. **Salud Mental**, v. 26, n. 5, p. 61-72, 2003.

CAMPOS, Isaac. A diplomatic failure: the Mexican role in the demise of the 1940 Reglamento Federal de Toxicomanías. **Third World Quarterly**, v. 39, n. 2, p. 232-247, 2018.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ). Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual, 2016. Disponible em: <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/guiadeintervencionclinicapara-terapiaindividual.pdf>.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ). Tipos de atención, 2019. Disponible em: [http://www.cij.gob.mx/Transparencia/pdf/focalizada/2011Tipo\\_atencion.pdf](http://www.cij.gob.mx/Transparencia/pdf/focalizada/2011Tipo_atencion.pdf).  
CHAPARRO, Sergio; PÉREZ CORREA, Catalina; YOUNGERS, Coletta. **Castigos**

**irracional**es: leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina. Ciudad de México: Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), 2017.

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC)). Modelo de Atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centro Nueva Vida”, 2012. Disponible em: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/manual\\_organi\\_especifico.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/manual_organi_especifico.pdf).

COOK, C. C. The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. **British Journal of Addiction**, v. 83, n. 6, p. 625-634, 1988.

DE LA FUENTE, Ramón; CAMPILLO, Carlos. La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. **Gaceta Médica de México**, v. 111, n. 5, p. 421-436, 1976.

DOSIL MANCILLA, Francisco Javier. La locura como acción política. El movimiento antipsiquiátrico en México. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, v. 22, n. 1, p. 628-645, 2019.

ENCISO, Froylán. **Nuestra historia narcótica**: pasajes para (re)legalizar las drogas en México. Ciudad de México: Penguin Random House, 2015.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa Libros, 2005.

FOUCAULT, Michel. **El nacimiento de la clínica**. Ciudad de México: Siglo XXI, 1985.

FOUCAULT, Michel. **Vigilar y castigar**. Ciudad de México: Siglo XXI, 1976.

FRENK, Julio; SEPÚLVEDA, Jaime; GÓMEZ-DANTÉS, Octavio *et al.* Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. **Lance**, London (England), v. 362, n. 9396, p. 1667-1671, 2003.

GABILONDO, Ángel. La creación de modos de vida. *In*: **Michel Foucault. Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales**. Barcelona: Paidós, 1999. v. 3, p. 9-36.

GALAVIZ, Gloria; ORTIZ, Olga. Estado laico y alternativas terapéuticas religiosas. El caso de México en el tratamiento de adicciones. **Debates do NER**, v. 2, n. 26, p. 253-276, 2014.

GARBI, Silvana Laura; TOURIS, María Cecilia; EPELE, María. Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1865-1874, 2012.

GOLTZMAN, Paula; AMORÍN, María Eva. **Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión y vuelta**. Buenos Aires: Intercambios, 2013.

MACHÍN, Juan. Principales abordajes al tema de drogas. *In*: MACHÍN, Juan; MENDOZA, Anayeli (eds.). **Meta-Modelo Eco2. Apuntes sobre prevención, reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Centro de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas**. Ciudad de México: Centro Cáritas, 2015.

MACHÍN, Juan; MERLO, Roberto; MILANESE, Efrem. **Redes sociales y Farmacodependencias. Aportes para la intervención**. Ciudad de México: CONADIC-CAFAC, 2009.

MEDINA-MORA, Maria Elena; NATERA, Guillermina; BORGES, Guilherme *et al.* Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. **Salud Mental**, v. 24, n. 4, p. 3-19, 2001.

OSPINA-ESCOBAR, Angélica. El sistema de atención y cuidado al uso problemático de drogas en México: Aislamiento, estigmatización y encierro. *In*: PIRES, Roberto y SANTOS, María Paula (orgs.). **Alternativas de Ciudadano A Usuarios de Drogas Na América Latina: Desafíos e Possibilidades de Ação Pública**. IPEA-CEPAL, 2021, p. 203-253. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10716/1/ElSistemaAtencionyCuidado\\_cap06.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10716/1/ElSistemaAtencionyCuidado_cap06.pdf).

PÉREZ MONFORT, Ricardo. **Tolerancia y prohibición: aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940**. Ciudad de México: Debate, 2016.

RAMÍREZ. **La expansión de los tribunales de drogas en México.** [s.l.: s.n., s.d.].

RAMÍREZ, Tania. **La expansión de los tribunales de drogas en México.** Aguascalientes: Programa de Política de Drogas (CIDE), 2016. (Cuadernos de Trabajo PPD-CIDE, 21).

RÍOS MOLINA, Andrés. Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio La Castañeda 1910. **Antípodas**, n. 6, p. 73-90, 2008.

RODRÍGUEZ, Carlos Magis; ROSES, Rodrigo Parrini. Nuestra epidemia, el Sida en México 1983-2002. In: RODRÍGUEZ, Carlos Magis; BÁRCENAS, Hermelinda Barrientos; KENEFICK, Stefano Bertozzi (eds.). **Sida: aspectos de salud pública.** Manual. [s.l.]: CENSIDA-INSP, 2006. p. 15-25.

SACRISTÁN, María Cristina. Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. de la hagiografía a la historia posmoderna. **Frenia – Revista de Historia de la Psiquiatría**, v. 5, n. 1, p. 9-33, 2005.

FERNÁNDEZ, Jorge Sánchez-Mejorada. **Comunidad terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas.** Ciudad de México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, 2013.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 2009. Disponible em: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf).

SECRETARIA DE SALUD. Qué es el Seguro Popular, 2019. Disponible em: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm>.

SIMMEL, Georg. **El secreto y las sociedades secretas.** Madrid: Sequitur, 2010.

TAUSSIG, Michael. **The Nervous System.** Nueva York: Routledge, 1992.

VELÁZQUEZ, J. A. Villatoro; MEDINA-MORA, M. E.; BAUTISTA, C. Fleiz *et al.* **Encuesta Nacional de Adicciones 2011:** reporte de drogas. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2012.



# CAPÍTULO 7

## APONTAMENTOS SOBRE O ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS E SEUS FILHOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Janine Targino<sup>48</sup>

### 1 Introdução

A presente pesquisa<sup>49</sup> apresenta alguns apontamentos acerca dos recursos mobilizados por comunidades terapêuticas (CT's) no atendimento de mulheres que fazem uso problemático de drogas e que desejem e/ou precisem passar pelo período de acolhimento na companhia de seus filhos. Busca-se, assim, compreender se/como a maternidade é acionada enquanto parte das estratégias aplicadas pelas CT's em questão no sentido de afastar as mulheres atendidas do uso de substâncias psicoativas.

O material analisado é oriundo de entrevistas semiestruturadas e observação de campo<sup>50</sup> realizadas entre o segundo semestre de 2020 e o primeiro semestre de 2021 em duas instituições escolhidas dentro de

<sup>48</sup> Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Vice-coordenadora do grupo de pesquisa Dinâmicas territoriais, cultura e religião – Crelig. Desenvolve pesquisas sobre comunidades terapêuticas e discursos religiosos acerca do uso de drogas. Correio eletrônico: janine.targino.silva@gmail.com.

<sup>49</sup> Esta pesquisa contou com o apoio do Programa Drugs, Security and Democracy (DSD) vinculado ao Social Science Research Council (SSRC).

<sup>50</sup> As entrevistas e demais interações com as acolhidas, líderes e membros das equipes de apoio seguiram todos os cuidados sanitários necessários para a condução de pesquisa durante a pandemia de covid-19.

vertentes religiosas católica e evangélica.<sup>51</sup> Esta escolha fundamenta-se nos dados publicados pelo IPEA (2017), onde consta que a maior parte das CT's brasileiras possui orientação religiosa evangélica (47 %) e católica (27 %). Ao todo, foram entrevistadas cinco mulheres em acolhimento e uma liderança em cada uma das duas CT's selecionadas, perfazendo um total de doze entrevistas.

No que compete à caracterização do lócus da pesquisa, a CT1 trata-se da sede de uma rede formada por diversas unidades instaladas no Brasil e em outros países. Esta é uma instituição dirigida por integrantes de uma comunidade religiosa surgida no bojo da Renovação Carismática Católica (RCC)<sup>52</sup> e está localizada no interior do Estado de São Paulo. Entre as singularidades da CT1 destaca-se a escola e a creche<sup>53</sup> que fazem parte da infraestrutura dedicada ao recebimento dos filhos das mulheres acolhidas.<sup>54</sup> Em função disso, no momento da realização das entrevistas, encontravam-se aproximadamente vinte crianças na companhia de suas mães dentro da CT1.<sup>55</sup> As crianças acompanham suas mães em praticamente todas as ocasiões e compartilham com as demais acolhidas todos os espaços. Não há quartos separados para as mães e seus filhos e, portanto, eles ocupam a mesma cama nos alojamentos coletivos. Igualmente, todas as refeições são feitas em conjunto e as mães são responsáveis por preparar os alimentos de sua prole.

Já a CT2 encontra-se na região noroeste do Estado do Rio de Janeiro e é fruto da iniciativa de uma denominação evangélica que compõe a categoria chamada de protestantismo histórico,<sup>56</sup> atuante na oferta de atendimento a mulheres usuárias de drogas. A CT2 faz parte de uma

---

<sup>51</sup> A execução dessa pesquisa ocorreu mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Ao projeto de pesquisa aprovado foi atribuído o CAAE 35363920.9.0000.5582.

<sup>52</sup> Para mais detalhes a respeito da RCC, ver Carranza, 2000.

<sup>53</sup> A escola e a creche também recebem crianças de famílias que vivem nos arredores da CT1.

<sup>54</sup> Ao longo do texto será usado o termo “acolhida” para se referir às mulheres atendidas nas CT's. A utilização desse termo tem por objetivo expressar a condição em que essas mulheres se encontram e como elas se reconhecem, uma vez que elas permanecem nessas CT's voluntariamente e podem sair a qualquer momento. No entanto, é importante ressaltar que esse é um termo êmico que tem sido utilizado no universo das CT's, mas que não reflete, necessariamente, uma definição amplamente aceita nos campos de política de drogas e saúde, e sua utilização pelas CT's é controversa.

<sup>55</sup> Algumas mulheres estavam acompanhadas de mais de um filho. Aproximadamente oitenta mulheres estavam na condição de acolhidas na CT1 quando da realização das entrevistas.

<sup>56</sup> Cf.: CAMPOS, 2013, a respeito da categoria “protestantes históricos”.



rede que possui unidades voltadas ao atendimento do público feminino, assim como também outras unidades que recebem apenas indivíduos do sexo masculino. Todas as unidades são administradas por membros da igreja evangélica responsável pela idealização do projeto. Tal como a CT1, a CT2 recebe mulheres acompanhadas de seus filhos. No entanto, a CT2 possui uma infraestrutura mais modesta se comparada à CT1 e, em consequência disso, acolhe um número inferior de mulheres. Durante o período de realização das entrevistas, havia cinco mulheres e oito crianças na CT2.<sup>57</sup> Ainda, deve-se destacar que, diferentemente da CT1, a CT2 recebe apenas mulheres juntamente com seus filhos. Mulheres que desejem e/ou precisem passar sozinhas pelo período de acolhimento são encaminhadas para outras unidades da rede.

No que tange a maneira como a CT1 e a CT2 atuam, algumas características devem ser sublinhadas. A primeira diz respeito à exigência de absoluta abstinência de drogas (em oposição à lógica da redução de danos) que, embora não seja uma especificidade dessas CT's, trata-se de um aspecto que precisa ser enfatizado para que seja possível uma melhor caracterização do trabalho que essas instituições realizam. Outro ponto de destaque é que, nessas CT's, o isolamento da vida social é uma exigência inegociável, o que leva ao estabelecimento da convivência entre pares que passam a viver comunitariamente dentro da instituição. Da mesma forma, essas CT's determinam o período de permanência das acolhidas entre nove e doze meses, apesar de ser comum encontrar mulheres que ultrapassam o tempo máximo de doze meses de acolhimento. A permanência nessas CT's é voluntária e as acolhidas podem deixar a instituição no momento que desejarem. No que está relacionado à rotina, a CT1 e a CT2 operam com cronogramas pouco flexíveis onde as acolhidas são constantemente convocadas a participarem das atividades religiosas e dos cuidados domésticos. Por fim, é pertinente salientar que ambas as CT's analisadas possuem perfil filantrópico, o que torna plausível a consideração de que estas instituições tendem a atender mulheres de camadas populares que não possuem recursos para buscar atendimento na rede privada.

A intenção desta pesquisa é explorar elementos que ajudem na construção de conhecimento sobre os significados compartilhados por

<sup>57</sup> Assim como na CT1, algumas mulheres na CT2 estavam acompanhadas de mais de um filho.

mulheres usuárias de drogas acolhidas em instituições de perfil religioso na companhia de seus filhos. Para tanto, os apontamentos de Clifford Geertz (1978), antropólogo que leva adiante o importantíssimo trabalho de Max Weber, são fundamentais, pois tratam sobre a complexa teia de significados criada pelos sentidos que os atores sociais atribuem às suas ações. Em outras palavras, é por meio dos sentidos que os indivíduos entrevistados atribuem ao método empregado pelas CT1 e CT2 que se tentará reconstruir e interpretar o conjunto de conceitos e acepções aplicados à maternidade exercida por mulheres usuárias de substâncias.

## **2 Ser “Mãe De Verdade”: a maternidade como parte do método das CTs**

Como mencionado anteriormente, a CT1 e a CT2 acolhem mulheres usuárias de substâncias acompanhadas de seus filhos. Por consequência disso, o método empregado por ambas as CT's passam necessariamente pela questão da maternidade e de como as mães acolhidas devem cuidar e se relacionar com sua prole. Outro aspecto relevante nessas instituições é que as mães, assim como as grávidas, são consideradas indivíduos que demandam mais atenção e zelo por parte das CT's. Essa perspectiva sustenta-se não só na consideração de que mulheres grávidas e/ou com filhos precisam de maior assistência, mas também porque esse conjunto das acolhidas supostamente necessita de aprendizado específico para gerenciar as responsabilidades que advém com a maternidade. Para ilustrar como este ponto é tratado nas instituições analisadas, a declaração<sup>58</sup> de Ester,<sup>59</sup> líder da CT1, é especialmente útil:

Muitas delas vêm pra cá pra aprender a maternidade, pra aprender o ofício. Muitas têm filhos, mas muitas deixam com os pais, com alguém, com o avô, com a avó. Mas elas não são mães. Por conta da drogadição, que rouba muito isso delas. Essa responsabilidade, esse juízo, essa perspectiva, essa coisa boa de maternidade, de ser mãe, elas não têm. Muitas delas não tem exercido essa função na íntegra e muito menos no literal da palavra. Então, quando elas precisam se tratar e não tem mais com quem deixar os filhos,

<sup>58</sup> Todos os trechos de falas das mulheres acolhidas e das líderes presentes ao longo do texto são transcrições literais, inclusive com possíveis erros, retiradas das entrevistas.

<sup>59</sup> Todos os nomes mencionados durante o texto são fictícios.

a opção, em muitos dos casos, é a [CT1]. [...] E as mães são mães, como você viu aqui, que necessitam de tratamento intensivo em relação à drogadição, ensino, ensinar tudo, como falar, como sentar, como andar, como conversar. Tem que ensinar tudo (Ester, líder da CT1. Grifos nossos).

Nota-se que Ester relaciona o suposto insucesso dessas mulheres no exercício da maternidade ao fato delas serem usuárias de drogas. Para a líder, o uso problemático de substâncias (a drogadição, de acordo com sua fala) “rouba” dessas mulheres suas responsabilidades maternas e impede que elas sejam “mães de verdade”. Nesse contexto, a figura da “mãe abandonante”, tratada por Fernandes (2017), funciona como uma boa chave analítica para compreender o posicionamento de Ester. Conforme observa a autora, a mãe que “abandona” o filho é usada como uma categoria genérica que abarca uma infinidade de casos em que um filho passa a viver sob os cuidados de outras pessoas. Essa modalidade de maternidade desviante, em que a mãe, parafraseando Ester, deixa os filhos com “os pais, com alguém, com o avô, com a avó”, é usada como exemplo negativo que não deve ser reproduzido por outras mulheres. Nesse cenário, a “mãe abandonante” é compreendida como uma espécie de antagonista da “mãe de verdade”, figura que possui todas as virtudes morais socialmente desejáveis.

Outra importante observação sobre a fala de Ester diz respeito ao emprego da maternidade como tecnologia de gênero (LAURETIS, 1994) voltada para o controle dos corpos femininos. A utilização da maternidade como uma estratégia de dominação das mulheres deve ser compreendida sob o prisma do conceito de biopoder, que é definido por Foucault (2012) como o conjunto das técnicas de poder que buscam criar um determinado estado de vida onde seja possível produzir corpos politicamente dóceis e economicamente ativos. Ou seja, o biopoder constitui uma forma de governar a vida (FOUCAULT, 2012). Quando Ester diz que é necessário “ensinar tudo, como falar, como sentar, como andar, como conversar” às mães atendidas na CT1, ela está igualmente comunicando que o processo de aprendizagens dos protocolos da maternidade implica diretamente no adestramento dessas mulheres. É através da introjeção das concepções que compõem o perfil da “mãe de verdade” que a instituição alcança o domínio sobre as acolhidas. Aqui, a moralidade cristã funciona como um fio condutor que transmite às mulheres uma nova subjetividade ao longo dos meses em que elas permanecem na instituição.

Tanto na CT1 quanto na CT2, as narrativas das acolhidas mostraram-se profundamente permeadas pela aspiração de se tornarem “mães de verdade”. Além do que, chama a atenção, nas diversas falas em que a questão da maternidade é abordada, que as acolhidas se mostrem inclinadas a concordar com as acusações que as CT’s lhes impõem quanto às suas formas de serem mães. Este é o caso de Lourdes, vinte e nove anos, separada, usuária de *crack* e álcool e mãe de duas meninas, uma de três anos e outra de sete anos de idade. Ela, que havia deixado a filha mais velha sob os cuidados da avó materna, estava em situação de acolhimento na CT1 com sua filha mais nova há seis meses quando da realização da entrevista. Sobre os aprendizados que Lourdes relata ter obtido dentro da CT1, ela ressalta que:

Ser mãe envolve várias coisas que eu não pensava muito. [...] Como eu posso te dizer... **Eu não tinha uma referência de mãe**, minha mãe vivia bêbada, dormia na rua, apanhava. E aí, eu não posso dizer que eu tive um exemplo dentro de casa. [...] Por mais que eu me esforçasse pra não ser uma mãe ruim, **algumas coisas a gente só aprende se alguém ensina pra gente, não é não?** [...] Esse tempo todo que eu tô aqui foi pra aprender a não fazer com a minha pequena o que eu fiz com a [nome da filha mais velha]. [...] Só que **agora eu posso ser uma mãe digna**, agora eu só vou errar se eu quiser. [...] **Aqui na [CT1] eu encontrei sabedoria** pra ter dignidade como mãe (Lourdes, acolhida da CT1. Grifos nossos).

A fala de Lourdes retrata um movimento no qual a entrevistada revê sua performance materna enquanto passa pelo período de acolhimento na CT1. Se antes, como ela diz, pesava o fato de não ter tido uma referência materna em que pudesse se espelhar, agora, em posse da sabedoria proporcionada pela instituição, ela se sente “uma mãe digna” e apta para exercer corretamente a maternidade sem repetir com sua filha de três anos os erros que cometeu com sua filha mais velha. O processo de autoavaliação de seu desempenho como mãe parece estar diretamente atrelado às narrativas compartilhadas dentro da CT1, pois, como pôde-se ver no relato de Ester, uma das principais orientações dessa instituição é possibilitar que suas acolhidas aprendam o “ofício da maternidade”.

Nas entrevistas com as acolhidas, os filhos foram unanimemente citados como motivação para a busca de ajuda. Ainda, mesmo nas entrevistas em

que a prole não foi mencionada como a única razão para deixar de usar drogas, os filhos permaneciam como o principal argumento para essa decisão, se sobrepondo, inclusive, aos problemas de saúde e demais transtornos causados pelo uso problemático de substâncias. O relato de Noa, uma mulher de trinta e um anos, casada e mãe de quatro filhos que buscou a CT2 com a intenção de obter ajuda para sua dependência de cocaína e *crack*, expõe muito bem esse aspecto. Ela, que adentrou a instituição na companhia de sua filha mais nova que, à época da entrevista, tinha dois anos de idade, conta que a pressão exercida pelos seus filhos mais velhos (um adolescente de quinze anos, uma menina de dez anos e um menino de oito anos de idade) foi primordial para que ela decidisse tentar, mais uma vez,<sup>60</sup> abandonar o uso problemático de drogas. Em suas palavras:

Eu passava dias sem voltar pra casa. O dinheiro acabava e eu vendia tudo, meu celular, meu chinelo, tudo. Mas eu não voltava. [...] Quantas vezes... quantas vezes meu marido foi me buscar. Quantas vezes ele ia atrás de mim e me levava pra casa praticamente à força. [...] Aí, uma vez, na última vez que eu passei [dias] fora de casa, meus filhos chegaram pra mim e falaram “**a gente não quer mais você como mãe**”. Isso pra mim foi a morte em vida. Bem dizer, eles estavam querendo que eu fosse embora e nunca mais voltasse. [...] **Foi isso que colocou minha cabeça no lugar, me deu um chocalhão.** [...] Eu falei pro meu marido “**eu vou pra [CT2], mas eu levo a pequenininha**”. Porque, assim, **meu medo era que ela esquecesse de mim.** Os outros são grandinhos, não vão me esquecer, né? Só se eu ficar anos sem ver. Mesmo assim, acho que não esquece (Noa, acolhida da CT2. Grifos nossos).

Noa, que poderia ser classificada como uma “mãe abandonante” por ter deixado três dos seus quatro filhos sob os cuidados do pai, diz que a rejeição por parte de sua prole representou o auge de seu sofrimento como mãe e usuária de drogas. Ao mesmo tempo, sua principal preocupação ao decidir buscar ajuda para sua dependência de drogas é que, ao se ausentar de casa, sua filha mais nova a esqueça. Para evitar que esse esquecimento ocorra, Noa optou por levar a criança consigo para passarem um período juntas na CT2. No relato da entrevistada, o medo da rejeição e de ser

<sup>60</sup> Noa relata que teve outras duas passagens por CT's, sendo uma delas de orientação religiosa semelhante à da CT2 e outra vinculada a uma igreja neopentecostal.

esquecida pela filha pequena poder ser interpretado como aquilo que os usuários costumam chamar de “fundo do poço” (SANCHEZ, 2006), isto é, o ponto em que o sofrimento alcança o limite suportável, levando o indivíduo a buscar mecanismos e estratégias para reescrever sua trajetória.

O papel decisivo dos filhos no que se refere à busca por ajuda para abandonar o uso de substâncias parece estar alinhado às observações de Malheiro (2020) a respeito de sua pesquisa com usuárias de *crack*, onde a autora indica que, quando grávidas, essas mulheres tendem a compreender o período de gestação como um momento tanto de diminuição do uso da droga, como de fazer planos para o futuro. Considerando as entrevistas feitas na CT1 e na CT2, percebe-se que as acolhidas compreendem seus filhos como os principais mobilizadores — e até mesmo incentivadores — do projeto de afastamento do uso de substâncias. Semelhantemente às mulheres ouvidas por Malheiro, as mães da CT1 e da CT2 visualizam em seus filhos e no exercício da maternidade uma motivação forte o suficiente para fazê-las abraçar a ideia de que precisam de ajuda para lidar com a dependência de drogas. A gravidez e a maternidade seriam, então, capazes de gerar uma potência de vida (DELEUZE, s.d. *apud* MALHEIRO, 2020) na trajetória das mulheres usuárias.

Passar pelo período de acolhimento na companhia dos filhos representa um processo bastante particular na vida das mães entrevistadas. Com base na análise das entrevistas, é possível dizer que o isolamento do mundo exterior vivido com a prole promove a vivência de experiências singulares marcadas por nuances de aprimoramento espiritual, autoconhecimento e descobertas de novos sentidos para o exercício da maternidade. Dentre os relatos que ajudam na compreensão desse ponto, encontra-se o de Rebeca, uma mulher de trinta e cinco anos, dependente de *crack*, casada e mãe de quatro filhos, que chegou à instituição acompanhada de sua filha mais nova, à época com apenas cinco meses de vida. Segundo ela, a única condição inegociável que determinou para que aceitasse qualquer tipo de intervenção para sua dependência foi que o bebê permanecesse com ela todo o tempo. Diante dessa exigência, uma amiga iniciou pesquisas na internet com a intenção de encontrar alguma instituição que aceitasse mulheres usuárias de drogas acompanhadas de seus filhos. Após localizar a CT1, essa amiga indicou o local para que Rebeca buscasse auxílio.

Na ocasião da entrevista, Rebeca estava a poucos dias de concluir doze meses de permanência na instituição, período máximo que uma acolhida

pode residir na CT1.<sup>61</sup> Quando questionada sobre a experiência de viver na CT1 na companhia de um bebê, ela diz que:

Pra mim é especial, muito especial, porque eu não sei como eu estaria aqui com um bebê lá fora. Não sei como muitas conseguem deixar um bebê. Porque é bebê, depende de mim, eu quero participar desse momento. Então graças a Deus eu consegui trazer, porque eu **recuperei esse meu sentido de mãe aqui com ela.** [...] Mas é bem mais difícil pensar em mim, muito difícil. [...] É mais difícil, é mais puxado, só que tem um valor muito significativo pra mim, porque eu tentei abortar, eu usei droga grávida, eu fiquei na rua grávida, ela ficou fraca dentro da minha barriga, eu abandonei ela na casa da minha irmã. Mesmo que foi o dia e a noite, assim, mas é um abandono. Ela sentiu tudo isso. Ela depois foi viajar com meu marido e ficou longe de mim de repente. Ela sentiu tudo isso, **e agora ela tá tendo um novo sentido na vida dela esse tempo todo comigo**, mostrando um outro lado. Cuidando o tempo todo do melhor jeito possível. (Rebeca, acolhida da CT1. Grifos nossos).

O relato de Rebeca apresenta um elemento bastante encontrado nas entrevistas com as acolhidas. Trata-se da recuperação do “sentido de mãe” através da ressignificação da maternidade que ocorre dentro das instituições analisadas. Importante perceber que, de acordo com a leitura de Rebeca sobre sua trajetória na CT1, sua filha também pôde usufruir da oportunidade de encontrar um novo “sentido na vida” após todos os acontecimentos ocorridos durante a gestação e seus primeiros meses de vida, quando a entrevistada ainda fazia uso de *crack*. A narrativa de Rebeca enfatiza a reconexão emocional de mãe e filha que ocorreu ao longo dos meses em que ambas estiveram dentro da CT1. Ao mesmo tempo, o bebê de pouco mais de um ano de idade figura na fala da entrevistada como um indivíduo dotado de agência e plenamente capaz de reconstruir sua subjetividade após os eventos traumáticos que antecederam o ingresso de mãe e filha na instituição.

<sup>61</sup> No entanto, de acordo com a líder da CT1, há casos específicos em que se permite a permanências após o prazo de doze meses, como, por exemplo, quando a acolhida tem dificuldades para encontrar moradia fora da instituição.

Ainda no tocante às experiências *sui generis* que permeiam a maternidade nas CT's, a fala de Salomé, 27 anos, casada, dependente de álcool e cocaína e mãe de três filhos, oferece mais um bom exemplo de ressignificação da relação entre mãe e filho. Ela, que estava na CT2 há oito meses, decidiu passar pelo período de acolhimento juntamente com sua então filha recém-nascida. O marido, principal apoiador da estadia de Salomé na instituição, ficou responsável pelos cuidados dos outros dois filhos do casal. Ao chegar na CT2, Salomé diz que:

Chegando aqui, eu tive todo esse sentimento de cuidar da neném em paz. Comecei olhar, nossa, tomando banho, comendo, fazendo as coisas. Maior prazer, **meu maior prazer sempre foi cuidar dos meus filhos**. Eu abri mão de tudo, assim, eu parei tudo na minha vida e foi decisão minha e do meu marido eu cuidar deles em casa até os quatro anos e depois voltar pro serviço. E isso foi muito bom pra gente e pras crianças também. E eu tinha perdido isso. **Com a droga, tudo isso passou**. Esse **prazer de mãe**, esse sentimento (Salomé, acolhida da CT2. Grifos nossos).

Conforme relata Salomé, embora ela encontre muito prazer ao cuidar de seus filhos, o uso de drogas teria se tornado um impeditivo para que ela pudesse acessar esse “prazer de mãe” — “Com a droga, tudo isso passou”. A chegada da entrevistada e sua filha à CT2 parece, então, funcionar como um marco a partir do qual mãe e filha puderam construir novos laços afetivos. Ter a oportunidade de participar ativamente da rotina do bebê e ter “todo esse sentimento de cuidar da neném em paz” representam, na fala de Salomé, fatores determinantes para que mãe e filha estabelecessem um vínculo.

A reflexão acerca dos relatos de Rebeca e Salomé permite apreender que o exercício da maternidade dentro da CT1 e da CT2 conta com condições ambientais específicas onde a conexão entre mãe e filho pode ser experienciada com intensidade e sem interferências externas. Em ambas as instituições, cria-se um cenário onde mãe e filho se tornam o mundo um do outro, posto que estabelecem entre si um relacionamento firmado na exclusividade. Todavia, fica a dúvida sobre como essas mulheres e seus filhos conduzem essa relação quando retornam às contingências da vida extramuros.



### 3 Hipervisibilidade Materna nas CTs

Ao construir o panorama do lugar ocupado pela mulher no Brasil Colônia, Mary Del Priore (2009) aponta que a maternidade foi acionada como uma espécie de recurso disciplinador da vida das mulheres. Para essa autora, a percepção do “ser mãe” na Colônia se constituía fundamentalmente em “instruir e educar os filhos cristãmente” e “cuidar com diligência das coisas da casa”. Este seria o que Del Priore denomina como modelo da santa-mãezinha, segundo o qual as mulheres deveriam se autossacrificar e adotar uma performance de submissão em prol da preservação da família. Destaca-se que esse modelo foi construído de acordo com preceitos sustentados pela igreja católica e que serviam de base para a sociedade da época. Atualmente, é possível constatar que, diferente de outras referências tradicionais, a representação da “boa mãe” segue sem ser contestada (PINSKY, 2018). Da mesma forma, nota-se que a maternidade permanece como um fenômeno que confere status e direciona atenção e cuidados para a mulher.

Em outras palavras, pode-se dizer que a maternidade consegue retirar a mulher da invisibilidade para colocá-la em hipervisibilidade.

Para além da invisibilidade provocada pela recusa em exercer plenamente a maternidade, o “comportamento sexual errado” e o uso de drogas também estão entre os elementos que colaboram para que determinados nichos de mulheres sejam socialmente estigmatizados. No que toca especificamente à “mulher viciada”, que comumente é tida como um indivíduo que não corresponde às expectativas sociais acerca do “ser feminino”, os processos de degradação moral e desumanização se revelam com muita evidência. Seguindo essa perspectiva, as elaborações de Butler sobre a Vida Precária (2019) são bastante relevantes para a condução da presente análise. Em consonância com essa autora, pode-se classificar como vida precária todas as vidas que não são contempladas pela inteligibilidade daquilo que é reconhecido legitimamente como vida. Dessa forma, as vidas não reconhecidas como dignas são subtraídas da categoria de humano por meio da ação de variados dispositivos políticos que promovem a falta de acesso à direitos e garantias básicas.

Tendo em vista que a vida das “mulheres viciadas” é recorrentemente tratada como menos importante e indigna de cuidados (MALHEIRO, 2020),

é plausível a aplicação do conceito de vida precária na análise das trajetórias das mulheres entrevistadas na pesquisa. O fato delas serem usuárias de substâncias as coloca em uma condição sobremaneira vulnerável quando buscam por atendimento especializado para lidar com a dependência, e isso, sem dúvidas, se tornar mais um obstáculo para que essas mulheres sejam efetivamente vistas.

A invisibilidade das mulheres usuárias de substâncias parece perder força quando consideramos o cenário das CT's observadas na pesquisa. Diante dos dados obtidos por meio das entrevistas, percebe-se que tanto na CT1 quanto na CT2, os recursos mobilizados no atendimento das acolhidas buscam, geralmente, atender às demandas identificadas como inerentemente femininas. Nesse sentido, pesa bastante o fato de ambas as instituições estarem voltadas exclusivamente para o público feminino, o que facilita a formulação de estratégias de atendimento pensadas fundamentalmente nas necessidades trazidas pelas mulheres acolhidas. Sendo assim, cabe o entendimento de que o ingresso nessas CT's representa, para essas mulheres, o rompimento com determinadas circunstâncias de vida onde frequentemente não encontravam amparo e cuidados para, então, vivenciar um novo contexto em que demandas anteriormente negligenciadas passarão a ser observadas.<sup>62</sup>

Essa transição para a vida dentro dos muros da CT pode representar, para uma parcela significativa das mulheres atendidas, a saída de uma vida de invisibilidade para uma condição em que elas passam a ser, de alguma forma, enxergadas. Contudo, se todas as acolhidas das duas CT's tornam-se "visíveis", as mães que passam pelo acolhimento juntamente com seus filhos alcançam um patamar superior de visibilidade. Isso ocorre não somente em função da leitura institucional na qual as mães precisam passar por um processo de aprendizagem para exercerem plenamente a

---

<sup>62</sup> Em pesquisas anteriores (TARGINO, 2014, 2020), foi possível verificar que é muito comum encontrar nas CT's femininas relatos de mulheres que passaram anos sem realizar exames ginecológicos básicos. Há, inclusive, aquelas que jamais estiveram diante de um médico ginecologista. No que trata às duas CT's analisadas na presente pesquisa, pôde-se obter a informação de que todas as acolhidas são frequentemente levadas para consultas ginecológicas com o intuito de realizarem todos os exames básicos e passarem por uma avaliação especializada acerca das suas condições de saúde. Da mesma forma, as acolhidas também visitam médicos e profissionais de outras especialidades, como psiquiatras, dentistas, psicólogos, entre outros. No entanto, é preciso sublinhar que, embora a CT1 e a CT2 ofereçam essa rede de cuidados às suas acolhidas, outras CT's podem não dispor desses mesmos recursos.

maternidade — tal como Ester, líder da CT1, expressou em seu relato — mas também porque a figura da mãe é representada institucionalmente como alguém que precisa de prioridade e de cuidados mais sofisticados que as demais mulheres. É necessário acrescentar que as acolhidas grávidas<sup>63</sup> também ocupam lugar especial nessa conjuntura. A mãe, esteja ela com o filho nos braços ou no ventre, é indiscutivelmente o alvo dos cuidados mais dedicados impetrados pela CT1 e pela CT2.

A hipervisibilidade das mães fica ainda mais evidente na rotina da CT1, onde mulheres acompanhadas ou não de seus filhos compartilham os espaços e tarefas na instituição. Sobre esse ponto, a fala de Ester sobre as mães acolhidas com seus filhos na CT1 — assim como as grávidas — é esclarecedora:

Tudo aqui é feito de forma a tornar a vida das mães a melhor possível. Em termos de alimentação, por exemplo, elas sempre são as primeiras a se alimentar. Se tem uma fruta, se tem um doce, se tem um biscoito, se tem um chocolate, a gente dá primeiro pra elas, porque dando pra elas nós estamos dando para as crianças também. Por exemplo, se precisa marcar médico, se precisa comprar um medicamento, uma vitamina, em tudo isso **a mãezinha é a primeira da fila**. Não que a gente não ame todas elas [as acolhidas], mas a gente sabe que uma mulher que tá grávida ou dá o peito pro bebê precisa de atenção redobrada. E você sabe que no fim das contas as outras também aceitam isso, elas concordam. Até porque a maioria delas são mães, só que não estão com os filhos aqui (Ester, líder da CT1. Grifos nossos).

Interessante perceber que, na perspectiva de Ester, o cuidado redobrado com as *mãezinhas* funciona como uma forma de cuidar também das crianças. Priorizar as mães é, por consequência, uma maneira de demonstrar predileção pelos seus filhos — “Se tem uma fruta, se tem um doce, se tem um biscoito, se tem um chocolate, a gente dá primeiro pra elas, porque dando pra elas nós estamos dando para as crianças também”. Nesse quadro, as mães possuem centralidade apenas por estarem juntamente com sua prole dentro da CT, visto que, sem os filhos, essas mulheres estariam no mesmo patamar que as demais acolhidas. Assim sendo, o

<sup>63</sup> Nesse texto, a discussão sobre as grávidas encontradas na CT1 e na CT2 não será aprofundada.

status e hipervisibilidade alcançados pelas mães da CT1 são validados pela presença das crianças.

Na CT2, onde apenas mães acompanhadas da prole compartilham o espaço da instituição, a hipervisibilidade materna se configura de maneira diferente da CT1. Lia, a única acolhida que, além de estar acompanhada de seu filho de um ano de sete meses também estava grávida na ocasião das entrevistas, surge no relato de Raabe, líder da CT2, como um bom exemplo de hipervisibilidade materna entre as mães da CT2.

Pesquisadora: Como é a rotina aqui? Digo, tem alguma diferença na maneira como são tratadas as mulheres que estão vivendo aqui hoje?

Raabe: A rotina aqui é diferente, porque só tem mães, né? Então, não tem muita discussão sobre quem merece um tratamento melhor, porque todas aqui são iguais. A única coisa é que a gente sempre busca cuidar mais das mães com bebês muito pequenininhos.

Pesquisadora: Então, um critério para a definição de prioridade dentro da [CT2] é a idade da criança?

Raabe: Sim, sim. Até porque não dá pra comparar as necessidades de uma criança maiorzinha com um bebezinho, entendeu? O bebezinho é mais frágil. [...] Nós temos agora o caso da Lia que chegou pra gente com um bebê de um aninho e grávida de... Acho que de vinte semanas. [...] Quando ela chegou, todas as outras fizeram tudo pra receber ela bem. Agora pouco mesmo, chegou uma leva de roupas e elas separaram as mais larguinhas pra ela usar quando a barriga for crescendo. [...] Outra coisa também que eu pedi foi pra elas separarem a melhor cama pra Lia dormir. Aí tem uma cama lá com um colchão melhorzinho, sabe? Já vai ficar pra ela e pro bebezinho dela (Raabe, líder da CT2).

Observa-se que Raabe aponta para critérios diferentes dos relatados por Ester. Se na CT1 as acolhidas acompanhadas por seus filhos são prioridade em relação às demais mulheres, na CT2, onde todas as acolhidas coabitam a instituição com suas respectivas proles, os privilégios são distribuídos segundo a idade das crianças. Por outro lado, Lia, a única grávida da instituição, parece possuir os atributos máximos que a qualificam para receber mais regalias que as demais acolhidas — “Aí tem uma cama lá com um colchão melhorzinho, sabe? Já vai ficar pra ela e pro bebezinho dela”. A

gravidez, na CT2, funciona como o principal qualificador capaz de colocar uma acolhida em lugar de destaque. Diante desses dados, parece plausível a conclusão de que, tanto na CT1 quanto na CT2, a hipervisibilidade das mães emana de seus filhos, e não delas mesmas.

Por outro lado, há também as impressões das acolhidas entrevistadas a respeito das condições peculiares em que são recebidas nessas CT's. Em geral, as falas dessas mães convergem no sentido de ressaltar o quanto elas e seus filhos foram abraçados e bem tratados desde a chegada na CT. Cabe sublinhar que os relatos das entrevistadas não se concentram apenas nos cuidados “materiais” — como, por exemplo, o acesso à itens de vestuário e alimentação — ou nos cuidados médicos que recebem. Paralelamente, elas igualmente destacam a dimensão subjetiva que envolve os afetos compartilhados dentro da instituição. O amor e o carinho que elas relatam receber com seus filhos parece ser tão ou mais relevante que qualquer outro tipo de assistência que possam obter ao longo do período de acolhimento. A seguir, os relatos de Rebeca, acolhida da CT1, e Luana, uma mulher solteira de 21 anos, dependente de *crack* e acolhida na CT2 juntamente com suas duas filhas, representam muito bem esse aspecto:

**Esse amor que as meninas dão pra ela, esse amor que a responsável [pela CT1] dá pra ela, sabe? Esse acolhimento que eu e ela temos.** Nunca faltou nada, nada, mesmo sem visita [em função da quarentena estabelecida pela pandemia de covid-19]. Tudo que eu sempre precisei, ela sempre teve do bom e do melhor. [...] Ela se veste super bem. Até é engraçado, não que eu fique fazendo assim, mas ela ganha umas roupinhas e eu combino uma roupa melhor e todo mundo vê como exemplo de harmonia, que aqui a gente vive em harmonia. Um bebê que se veste bem é ela. [...] Eu trouxe algumas roupas, até pra ela quando fosse crescendo mais. Mas são algumas camisetinhas que ainda tem, shortinhos que são conjuntinhos que eu já trouxe montados, assim, mas tudo que ela tem do melhor aqui é da [CT1]. Tudo ela ganha aqui. Xampu, condicionador, sabonete. [...] Fralda. Durante muito tempo aqui recebeu muita fralda, muitas fraldas. Pampers, as melhores. Huggies... E ela sempre usou, do bom e do melhor. Coisas que eu jamais poderia dar pra ela lá fora, ela tem aqui dentro. Isso eu não encontro em lugar nenhum (Rebeca, acolhida da CT1. Grifos nossos).

Quando eu liguei [para a CT2], ela [a filha mais nova de Luana] tava mandando, tava chorando, eu tentando encaixar ela e usando o telefone. A moça perguntou se eu tinha, se o neném que tava chorando era meu. Eu falei que sim, e era um assunto que eu queria saber se eles acolhiam, se eles aceitavam, né, eu perguntei, com neném. Ela falou: sim a gente aceita, a gente tá tentando, agora a gente vai pôr a casa das mães, são só mães com os bebês, a gente aceita sim. **Me receberam muito bem. Parecia que a pessoa que me atendeu me conhecia, conhecia tudo que eu tava passando.** [...] Me retornou a ligação, falou com a minha mãe como eu deveria começar esse caminho já que eu mesma pedi ajuda. Me explicou como seria. [...] Aqui tem muitas coisas, muitas coisas. **O amor à vida do outro, assim, encanta muito. É o que me fortalecia, me manteve de pé dia após dia. O carinho que elas [as outras acolhidas e a líder da CT2] colocam na nossa vida, o respeito com a nossa vida, nossa, eu nunca tinha visto igual.** Nunca tinha visto igual. O jeito como eu sou tratada aqui, que as minhas filhas são tratadas, desde aquela primeira ligação [para a CT2] que a mulher perguntou do bebê que tava chorando [a filha mais nova de Luana], até hoje. [...] Eles me ajudaram muito com essa questão de exames, dentista, médico. Logo que eu cheguei aqui eu recebi tudo isso. [...] Aqui, eu e as meninas temos uma vida muito melhor do que a gente tinha antes (Luana, acolhida da CT2. Grifos nossos).

Sabe-se que, em muitos casos, o desenvolvimento do uso problemático de drogas leva os indivíduos a percorrerem caminhos que conduzem à paulatina dilapidação de suas redes familiares e afetivas (NIMTZ *et al.*, 2014) e, quando se vive nessas circunstâncias, aprende-se a esperar cada vez menos do outro. Talvez por isso até as manifestações de afeto que, para muitos, poderiam ser lidas como triviais, tornam-se tão especiais e inesperadas. O amor e acolhimento que Rebeca e sua filha recebem das demais mulheres da CT1, bem como o respeito e “o amor à vida do outro” que encantam Luana na CT2, representam, nessa conjuntura, registros de experiências em que as entrevistadas se veem envoltas em novas redes afetivas onde podem sentir que são vistas e reconhecidas pelo outro – “Parecia que a pessoa que me atendeu me conhecia, conhecia tudo que eu tava passando”, diz Luana. Não obstante a importância que Rebeca e Luana atribuem à dimensão material que usufruem dentro da CT, é notável o grau

de significância que elas atribuem às expressões subjetivas de afeto que experienciam nessas instituições.

#### 4 Hipermaternidade nas CTs

Ainda no que concerne ao exercício da maternidade nos âmbitos da CT1 e da CT2, através da análise das entrevistas pôde-se constatar que paralelamente à hipervisibilidade, essas mulheres também vivenciam a imersão em uma modalidade de maternidade classificada por elas como mais intensa e complexa. Para esmiuçar esse dado, o conceito de hipermaternidade, tal como Braga & Angotti (2015) o empregam na pesquisa que realizam sobre maternagem na prisão, servirá como principal norteador. Segundo as autoras, as mães encarceradas do Brasil vivem um paradoxo: se, por um lado, elas precisam lidar com o excesso de maternidade ao longo dos meses em que permanecem com o filho, por outro elas enfrentam a súbita ruptura dessa relação quando são separadas das crianças<sup>64</sup>. Concomitantemente, as mães do cárcere enfrentam outras questões durante o período em que estão absorvidas pelos cuidados com os filhos, tais como a falta de interação com outras pessoas, a não ser com as outras mães, e a intensificação do rigor disciplinar, especialmente no que tange aos cuidados com as crianças. Assim sendo, nas palavras de Braga & Angotti:

A maternagem na prisão é permeada por ambiguidades como excesso de convivência *versus* ausência de convivência; isolamento *versus* participação do cotidiano prisional; melhora do espaço físico quando da presença de bebê *versus* aumento do rigor disciplinar; mulher presa *versus* mulher mãe (BRAGA & ANGOTTI, 2015, p. 230).

E as autoras prosseguem dizendo que:

Na maioria dos espaços voltados para abrigar mães presas e seus filhos nos deparamos com falas referentes à estagnação da vida na prisão uma vez

<sup>64</sup> O tempo mínimo garantido, por lei, para que as mulheres presas permaneçam com seus filhos é de seis meses de idade do bebê. Mas, de acordo com a resolução n. 04/2009 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), há recomendação para que as crianças fiquem com as mães até a idade de um ano e meio.

nascido o bebê e à separação, inclusive física, do cotidiano prisional. Como reiteradamente dito pelas entrevistadas, “a cadeia para” quando têm filhos, ou seja, se a presa estava engajada em alguma atividade laboral, escolar, cultural e/ou religiosa, sua participação é interrompida para que se dedique exclusivamente aos cuidados da criança e para evitar o contato com outras presas (BRAGA & ANGOTTI, 2015, p. 232).

Embora as mulheres entrevistadas nas CT’s tenham aderido voluntariamente ao confinamento e isso configure uma diferença estrutural quando as comparamos com as mães encarceradas, o fato das CT’s e das prisões terem em comum o isolamento e a disciplina como protocolos de funcionamento permite algumas comparações no que concerne às experiências e trajetórias das mães que habitam esses espaços. Dentre as aproximações possíveis entre as mães das CT’s e as mães em prisões, a que mais se sobressai diz respeito à intensidade da convivência estabelecida entre mãe e filho no confinamento. Do mesmo modo que Braga & Angotti (2015) verificaram em sua pesquisa, os relatos das mães entrevistadas na CT1 e na CT2 convergem quanto ao entendimento de que a presença da prole na instituição demanda dedicação absoluta e ininterrupta aos cuidados com as crianças e que isso as impediria de terem tempo para outras atividades ou, até mesmo, para cuidarem de si mesmas. Apesar de considerarem positivo que essas CT’s recebam mulheres juntamente com os filhos, as narrativas das acolhidas não deixam de ressaltar o quanto elas se sentem sobrecarregadas pelo exercício da maternidade no confinamento. Nessa perspectiva, encaixa-se a fala de Dalila, dezenove anos, solteira, usuária de cocaína e mãe de um bebê de seis meses. Ela, que no momento da entrevista estava há dois meses na CT2, relata as principais dificuldades de sua experiência na instituição:

É complicado, porque **lá fora eu tenho minha mãe pra ajudar, tem minha irmã**. Aqui, não. É mais difícil porque eu não posso pedir pra fulana ou beltrana ficar com o [nome da criança]. Como é que eu peço um negócio desse se elas também ficam correndo pra cima e pra baixo atrás de criança. Não dá, né? [...] Mesmo que fui eu que escolhi isso, se eu disser pra você que é tudo maravilhoso eu tô mentindo. Tem dia que eu queria descansar, ler a palavra [a bíblia] com calma, mas não dá, é difícil. **Isso me dói** um



pouco. [...] Ter que comer correndo, tomar banho correndo, afobada. **Tem hora que eu fico cansada demais** (Dalila, acolhida da CT2. Grifos nossos).

Como sinaliza Dalila, ser mãe dentro da CT2, onde todas as outras acolhidas estão igualmente envolvidas com os cuidados dos seus respectivos filhos, pode representar o exercício solitário de uma tarefa bastante cansativa. Se, fora da CT2, a entrevistada pode contar com uma rede de apoio formada por mulheres de sua família, dentro da instituição a possibilidade de receber ajuda parece ser algo bem menos provável. Como consequência disso, Dalila relata o quanto a rotina com seu filho a deixa cansada e o como lhe dói não ter tempo para se dedicar a outras atividades, como, por exemplo, ler a bíblia ou cuidar de si mesma. O registro da sobrecarga proveniente do exercício da maternidade fica evidente na fala de Dalila e serve como um indicativo de que o fenômeno da hipermaternidade encontra ambiente propício dentro da CT2. Da mesma maneira, os relatos colhidos na CT1 dão conta de um cenário onde as mães atendidas igualmente experienciam a hipermaternidade. No entanto, no âmbito da CT1, essa maternidade expandida ganha outros contornos, como pode-se ver na fala de Diana. Ela, uma mulher solteira de 24 anos que na ocasião da entrevista estava há sete meses vivendo na CT1, informa que adentrou a instituição com seu filho que, à época, tinha oito meses de vida, com o objetivo de encontrar ajuda para sua dependência de álcool e remédios controlados. Quando perguntada sobre como faz para conciliar os cuidados com a criança e as demais atividades rotineiras da CT, Diana diz que:

Eu não consigo acompanhar o ritmo das meninas, isso me deixa muito, assim, irritada as vezes porque eu gosto de roçar [mato]. Antes, quando ele era menorzinho, quando eu cheguei, eu ainda conseguia deixar ele com alguém porque se distraía, só dava o mama e colocava ele de volta, alguém olhava e eu fazia. Ele foi crescendo, agora ele anda onde eu ando. Então, é muito mais difícil. Ele me chama o tempo todo, cada hora ele quer uma coisa. Então já tive que parar um pouco com essas partes (Diana, acolhida da CT1).

Interessante constatar que, no relato de Diana, a hipermaternidade parece se aprofundar à medida em que a criança se desenvolve e ganha autonomia. Depois de aprender a andar, seu filho passa a acompanhá-la em

todos os espaços da CT1, se tornando, assim, uma companhia permanente nas mais diversas situações e tarefas. Diferente de Dalila, que aponta a falta de ajuda para cuidar de seu bebê na CT2, Diana diz que pôde contar com o apoio de outras acolhidas da CT1 enquanto seu filho era mais novo. Contudo, quando a criança adquire mobilidade, o suporte dado pelas demais mulheres da instituição já não consegue contemplar Diana da maneira que ela e seu filho precisam. Isso sugere que, mesmo com a possibilidade de receber algum auxílio para cuidar do filho, a hipermaternidade se faz presente na rotina da entrevistada. Nesse ponto, surge uma distinção importante entre a maternidade exercida na CT e na prisão, uma vez que na CT o desenvolvimento da criança representa a intensificação da proximidade entre mãe e filho enquanto no cárcere o crescimento do bebê indica a iminência do dia em que a mãe precisará se despedir do filho.

## 5 Considerações Finais

A análise do material coletado na pesquisa possibilitou constatar que a atuação das CT's observadas está profundamente fundamentada na moralidade cristã. Isso demonstra o quanto essas instituições funcionam em conformidade com o padrão da sociedade mais abrangente, em que as mulheres são frequentemente avaliadas segundo a expectativa de que não vivam uma "sexualidade errada" e de que cumpram com afinco o papel de "boas mães".

Enfatize-se que as representações sobre a maternidade encontradas entre líderes e acolhidas da CT1 e da CT2 coincidem substancialmente na forma como idealizam o papel de "boa mãe". Nas duas instituições, a pesquisa se deparou tanto com a categoria acusatória de "mãe abandonante", como também com o entendimento de que a maternidade constitui uma das vias mais seguras para as mulheres deixarem o uso de drogas. Essa observação demonstra que as diferenças doutrinárias existentes entre católicos carismáticos e protestantes históricos não provocam distinções perceptíveis na maneira como tais vertentes religiosas se posicionam em relação aos papéis sociais de gênero.

A busca pelo cumprimento do papel de "boa mãe", como foi demonstrado, ocorre em meio aos processos de hipervisibilidade e hipermaternidade vividos pelas acolhidas. Nessas instituições, mãe e filho convivem em condições singulares onde a exclusividade que dão um ao outro e o

afastamento das pressões cotidianas pela sobrevivência promovem a construção de um relacionamento bastante particular.

Em relação ao uso da maternidade como parte do método aplicado pela CT1 e pela CT2, constatou-se por meio das entrevistas que as narrativas institucionais atuam de forma a corroborar a compreensão de que a mulher usuária de drogas é absolutamente incapaz de exercer plenamente a maternidade. Justamente por isso, pode-se considerar que todo esforço empregado por ambas as CT's para “ensinar” os protocolos da maternidade às suas acolhidas funciona igualmente como um recurso para que essas mulheres não retornem ao uso de substâncias. Afinal, uma “mãe de verdade”, segundo as narrativas institucionais, é aquela que de forma alguma põe em risco suas responsabilidades maternas.

## Referências

BRAGA, A. G. M.; ANGOTTI, B. Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. **Revista internacional de direitos humanos**, v. 22, n. 22, 2015. p. 229-239.

BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

CAMPOS, L. S. “Evangélicos de missão” em declínio no Brasil: exercícios de demografia religiosa à margem do Censo de 2010. *In*: TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata (orgs.). **Religiões em movimento: o Censo de 2010**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 127-160.

CARRANZA, B. **Renovação carismática católica. Origens, mudanças e tendências**. Aparecida: Santuário, 2000.

FERNANDES, C. **Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução: Maria Thereza da Costa; J. A. Guilhon Albuquerque. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: IPEA, 2017.

LAURETIS, T. D. A tecnologia do gênero. Tradução de Suzana Funck. *In*: HOLLANDA, Heloisa (org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

MALHEIRO, L. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e políticas de drogas**. Rio de Janeiro: Telha, 2020.

NIMTZ, M. A. *et al.* Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 667-72, out.-dez. 2014,

PINSKY, C. A era dos modelos flexíveis. *In:* PINSKY, C.; PEDRO, J. M. (orgs.). **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2018, p. 513-543.

PRIORE, M. del. **Ao sul do corpo:** condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. São Paulo: Unesp, 2009.

SANCHEZ, Z. V. D. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas:** a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese (Doutorado em ...). Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006.

TARGINO, J. **Religião contra as “drogas”:** estudos de caso em duas comunidades terapêuticas religiosas para dependentes químicos no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em ...). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.

TARGINO, J.; MESQUITA, W. O nascimento da boa mulher cristã: notas sobre a experiência de mulheres adictas em uma comunidade terapêutica religiosa. **Religare**, v. 17, n. 2, 2020.



## CAPÍTULO 8

### PERMITA QUE EU FALE... SOBRE O TEMPO

Dênis Petuco<sup>65</sup>

Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes  
Tanta dor rouba nossa voz  
Sabe o que resta de nós?  
Alvos passeando por aí  
(EMICIDA, 2019)

**O**s versos de Emicida, entoados por Pablo Vittar, ressoam em mim um texto de quase quarenta anos, prefácio para os escritos de um homem que infringiu à lei e que não falava de dor ou arrependimento, mas de política. Penso especialmente em um irônico personagem deste prefácio: um intelectual que passa orientações ao autor sobre como ele deve escrever:

Você contará, então, suas lembranças para si mesmo, dirá o que fez, porque foi apanhado, como viveu na prisão, de que maneira se evadiu. Que seja o mais extremo e o mais singular possível. Que relembre suas impressões e reative seus sentimentos. Que diga o que viveu. O coletivo, o conjunto, por que comunicá-lo? Não se preocupe: não é o caso de pensar ou de refletir, mas de escrever. É pelo trabalho, a beleza, a originalidade de sua escrita que será reconhecido. A escrita, aprenda, é nosso lugar sagrado e nosso elemento universal. Deixe de

<sup>65</sup> Redutor de danos, sociólogo e pesquisador em saúde pública na EPSJV/Fiocruz. Correio eletrônico: [denis.petuco@gmail.com](mailto:denis.petuco@gmail.com)

querer dizer, a qualquer preço, o que pensa. Escreva. Escreva como é preciso, quer dizer, como queremos (FOUCAULT, 2010, p. 74-81).

Pablo Vittar, Emericida e Michel Foucault ressoam em mim nas primeiras linhas desta contribuição para a publicação sobre comunidades terapêuticas (CT's). Significa dizer: não se trata de memórias, depoimento, relato sistemático ou diário da internação, mas deixar-me interpelar por algumas experiências vividas, problematizando-as.

Foram quatro internações em três momentos distintos. Poucos minutos separam primeira e segunda, quando tinha dezoito anos; até a terceira, aos vinte e oito, foram dez anos; vinte e dois anos depois, a quarta. Em 1989 foram trinta dias em uma clínica, precedidos por algumas horas em outra; em 1999, nove meses em CT; em 2021, quarenta e cinco dias em clínica. Quase um ano dentro de instituições — tempo diminuto se comparado às décadas de Bispo do Rosário e Stella do Patrocínio, mas que ainda assim totaliza quase 2 % dos meus cinquenta anos, ou 3,2 % de minha vida adulta.

Para não extrapolar o assunto desta publicação, este texto tratará exclusivamente dos nove meses internado em uma CT, entre dezembro de 1999 e setembro de 2000. Antes, porém, recorro aos arquivos de Foucault para compartilhar alguns trechos do regulamento da Casa de Jovens Detentos de Paris em fins do século XVIII:

[...]

Art. 18. **Levantar** - Ao primeiro rufar de tambor, os detentos devem levantar-se e vestir-se em silêncio, enquanto o vigia abre as portas das celas. Ao segundo rufar, devem estar de pé e fazer a cama. Ao terceiro, põem-se em fila por ordem para ir à capela fazer oração da manhã. Há cinco minutos de intervalo entre cada rufar de tambor. [...]

Art. 20. **Trabalho**. Às cinco e quarenta e cinco no verão, às seis e quarenta e cinco no inverno, os detentos descem para o pátio onde devem lavar as mãos e o rosto, e receber uma primeira distribuição de pão. Logo em seguida, formam-se por oficinas e vão ao trabalho, que deve começar às seis horas no verão e às sete horas no inverno.

Art. 21. **Refeições**. Às dez horas os detentos deixam o trabalho para se dirigirem ao refeitório; lavam as mãos nos pátios e formam por divisão. Depois do almoço, recreio até às dez e quarenta. [...] (FOUCAULT, 1987).



“O sino move a fazenda”. Qualquer pessoa que tenha passado pela mesma CT em que fui internado lembrará desta frase. O “sino” era na verdade uma roda de arado presa por cabos de aço à uma estrutura de madeira. Sua percussão, feita com um martelo por algum dos internos responsáveis pela cozinha, marcava todos os tempos da CT, do despertar ao horário de dormir, passando por todas as demais atividades do cronograma, incluindo as refeições.

Em setembro de 2021 eu tive a oportunidade de participar da banca em que Rafael Wolski (OLIVEIRA, 2021) defendeu sua tese, um valioso trabalho sobre as narrativas de pessoas que usam drogas. Em um dado momento, Rafael comenta a dificuldade de seus interlocutores em narrar suas experiências de internação em CT's. Não teci nenhuma consideração naquele momento, mas uma questão me interpela enquanto escrevo estas linhas: e se esta dificuldade advém justamente deste nada acontecer, deste tédio, desta monotonia? Como narrar um simples cronograma? Como descrever um árido seguimento de atividades a preencher dias que se repetem. Livre de elaborações, contar esta história é contar o contar de dias que viram semanas, de semanas que viram meses.

Talvez seja o caso de buscar nas memórias as lembranças dos primeiros dias, quando a repetição ainda é cheia de novidades. Os recém-chegados à CT eram chamados de *intoxicados* pelos demais internos, não por terem usado drogas até a véspera de seu ingresso, e sim pela dificuldade de reconhecer signos. Neste sentido, desintoxicar-se não dizia respeito a eliminar resquícios de substâncias ou determinados hábitos e pensamentos, mas à capacidade de traduzir um vocabulário composto por toque de sino e outros sinais:

Pois se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalamento, à maneira de um grande superego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo (FOUCAULT, 1984. p. 145-152).

Desintoxicar-se, portanto, não dizia à eliminação, mas à incorporação, não apenas de um vocabulário de signos, como de regras. Tratava-se de realizar, no corpo, um conjunto de normas. Mesmo as interdições tinham

por objetivo a produção. Quando se interditava o conversar através de janelas, não se buscava a mera repressão, mas a produção de um corpo que, quanto menos intoxicado, mais naturalmente buscaria um outro enquadre para o diálogo.

Sim, é isso mesmo: era vedado falar com outra pessoa através de uma janela. Longe de ser a interdição mais forte, esta sempre me pareceu a mais estapafúrdia. Mas seria possível citar outras proibições, como pegar laranjas da propriedade vizinha, entrar de botas no refeitório, falar durante as refeições, tocar músicas ou ter conversas “de ativa”.

“De ativa” era um qualificador aderente a comportamentos, práticas e até pensamentos. Um “papo de ativa”, por exemplo, poderia ser um relato sobre uso, venda ou procura de drogas, enquanto “música de ativa” englobava tudo que não fosse louvor cristão. Lembro de insistir na espiritualidade latente em canções como A Paz (GIL, 1984) ou Tempo Rei (GIL, 1984), sem sucesso. Isso sem falar da orientação dada a meus pais para que sumissem com meus “discos da ativa”, o que incluía Tom Jobim, Elomar e afins.

Essa questão das músicas de ativa me levam a pensar na questão da religiosidade durante a internação. Tocado pela espiritualidade sugerida pelos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos, eu aproveitei minha saída de uma semana ao completar seis meses para visitar centros e adquirir publicações de diferentes tradições. Ao retornar à CT, eu tive um livro sobre budismo barrado, e fui impedido de praticar meditação silenciosa. Houve uma ocasião em que eu estava sentado ao sol de olhos fechados, aproveitando a calor do sol matutino enquanto esperava o sino chamar para o desjejum, quando fui chamado por um monitor que queria saber se eu estava “fazendo aquelas coisas de budismo”.

Mas a interdição do budismo me incomodava menos que a obrigatoriedade de certas práticas. Solidariamente, eu pensava nos internos que professavam a fé evangélica, que já formavam um número considerável naquela época; desde meu lugar de não-cristão, eu tentava imaginar o quão ofensivo lhes era ter que rezar cinquenta Ave Maria nas reuniões para prática do Terço realizadas três vezes por semana:

Esse poder não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição, aos que “não têm”; ele os investe, passa por eles e através deles;

apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança (FOUCAULT, 1987).

Curiosamente, a prática do Terço era a que mais me agradava dentre todas as obrigações no cotidiano da CT. Como quem realizasse em ato o excerto citado acima, eu visualizava secretamente figuras femininas do budismo tibetano e transmutava aquela ladainha monocórdica composta por dezenas de Ave Maria em mantras. Dito de outro modo, eu me apoiava num dos pontos em que o poder me alcançava para produzir uma singela prática de micro resistência.

Outras situações de microrresistência que recordo dizem respeito ao interdito musical. A primeira foi quando começamos, eu e um camarada com quem estive internado, a brincar com arranjos e acordes de hinos que compunham o repertório autorizado. A segunda, decorrência da primeira, foi quando descobrimos que a proibição não incluía música instrumental, e as seções de improviso se tornaram nossa secreta e partilhada transgressão.

Batidas de sino, cronogramas, interdições e obrigações. Tudo muito apropriado para uma organização que tinha sua diretoria formada quase que exclusivamente por coronéis reformados do exército brasileiro. Ainda assim, violações de direito como cárcere privado, internação involuntária, tortura e maus tratos, veto ao uso de medicamentos ou castigos degradantes e sem sentido, não faziam parte do repertório de práticas da CT em que fui internado. De modo geral, pode-se dizer que diretores, monitores e um reduzido corpo técnico esforçavam-se para sustentar um trabalho digno e qualificado, *de acordo com suas próprias convicções*.

Pessoas bem intencionadas conduziam o dia a dia institucional. E de boas intenções, sabemos, o inferno está lotado. Se é verdade que não havia cárcere privado, também é verdade que o sigilo de correspondência era violado. Se não havia castigos degradantes, também não havia liberdade de religião. Se não havia torturas no sentido estrito do termo, havia atividades tidas como “terapêuticas” que se mostravam bastante violentas. Era o caso do “confronto”, quando um dos internos sentava em uma cadeira no centro de uma roda formada por todos os demais, e estes, um após outro, apontavam os “defeitos de caráter” do confrontado, que deveria ficar em total silêncio até o final da atividade, que poderia durar até duas horas. E não obstante a violência do “confronto”, o fato é que a maioria dos internos

o tinham como um verdadeiro divisor de águas, como o momento mais terapêutico da internação, ao lado do Quinto Passo.

A CT na qual estive internado baseava seu projeto terapêutico no Modelo Minnesota<sup>66</sup>, sobre o qual não irei me aprofundar por imaginar que isto será feito em algum outro ponto desta publicação. Metaforicamente falando, tomam-se os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos como uma espécie de software, sendo a CT o *hardware*. Por fim, convém salientar que o Quarto Passo de Alcoólicos Anônimos recomenda a elaboração de um “profundo e destemido inventário moral”, e sua partilha com um padrinho ou madrinha constitui o Quinto Passo. (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1995)

No contexto da CT em que estive, o Quarto Passo começava a ser elaborado assim que se adentrava no quarto mês de internação. A ideia era que se trabalhasse na listagem de tópicos em ordem cronológica, que serviriam como guia no momento do Quinto Passo. Esta seria realizado poucos dias antes da primeira saída de uma semana, assim que se completassem seis meses na instituição. Em poucas palavras, tratava-se de escolher um dos monitores como padrinho e contar-lhe sua história de vida, passando por todos os itens anteriormente listados no Quarto Passo.

Nas irmandades de Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos, não há pressa na escolha de padrinho ou madrinha. Existe uma espécie de “apadrinhamento provisório” no ingresso, mas esta pessoa é comumente substituída com o passar do tempo. Já o processo de elaboração e partilha dos passos quarto e quinto costuma ocorrer depois de anos de frequência nos grupos, quando já se experimenta o que os participantes costumam referir como “nova maneira de viver” — ainda que isto seja algo que as CT’s também buscam:

A mortificação do eu pelas CT’s pode, ainda, destituir o indivíduo de defesas subjetivas contra a nova identidade patrocinada pela instituição. [...] Parte dessa identidade advém das renúncias ao mundo, que são, é importante ressaltar, ideologias próprias do universo da comunidade em si, de seus dirigentes e empreendedores morais. Isso significa que as CT’s administram a reinvenção do eu inculcando no indivíduo as renúncias ao mundo que são próprias à sua configuração ideológica e social (NATALINO, 2018. p. 37-60).

<sup>66</sup> O Modelo Minnesota faz referência ao programa desenvolvido na clínica Hazelden, na década de 1940 em Minnesota. Trata-se de uma adaptação dos doze Passos de Alcoólicos Anônimos para um contexto de internação (SPICER, 1993).

Em outro artigo da mesma publicação do IPEA coordenada pela socióloga Maria Paula Gomes dos Santos (um dos melhores trabalhos sobre CT's já lançados no Brasil), lemos um pouco mais sobre o objetivo central destas instituições, qual seja, a produção de um “novo sujeito”:

As CT's esperam que os novos sujeitos produzidos por elas correspondam a um modelo moral preestabelecido – o de pessoas produtivas, disciplinadas e tementes a Deus. Do mesmo modo, nutrem a convicção de que os meios para tal mudança são invariavelmente os mesmos, para toda e qualquer pessoa que apresente problemas relacionados ao uso de drogas (SANTOS, 2018. p. 17-36).

“O nascimento de uma alma é coisa demorada” (O RAPPÀ, 2003). Este saber, manifesto poeticamente pelo músico e compositor Marcos Lobato, parece distante do universo das CT's. Em um artigo publicado em 2015, Guilherme Messas chama atenção para o fato de que, nas toxicomanias, a “[...] a dialética da temporalidade humana é gradualmente suprimida pela dominação do instante” (MESSAS, 2015, p. 124-140). Ora: quando miramos este aspecto em pessoas que usam drogas advindas da “ralé brasileira”, somamos a este traço psicopatológico uma estrutural “[...] ausência para uma disposição planificador na vida, de projetos a longo prazo” (MATTOS, 2009. p. 173-201).

Em um dos artigos livro sobre CT's organizado por Maria Paula Gomes dos Santos, pesquisadora do IPEA, Souza, Nunes & Santos discorrem sobre a gestão do tempo nas CT's. No plano prático, esta gestão se manifesta na “[...] imposição de uma *rotina*, em que diversas atividades diárias devem ser cumpridas, segundo um cronograma preestabelecido”; no plano simbólico, esta reengenharia temporal opera pela “[...] *ressignificação do passado*, processo que consiste em levar os residentes a reinterpretar suas atitudes da época de ativa” (SOUZA, 2018. p. 61-76).

Parafraseando outro poeta, seria possível dizer que o encontro com o equilíbrio perdido na relação com as drogas, no contexto das irmandades anônimas, dá-se “[...] no tempo da delicadeza” (BUARQUE, 1987). Não há problema algum que as CT's tenham como objetivo levar os internos a “[...] romper com a vida que tinham antes e a projetar um futuro

mais consoante com as disciplinas da sociedade moderna”.<sup>67</sup> O ponto é a brutalidade subjacente ao método, e que se expressa de modo sutil algumas vezes (caso da gestão do tempo ou da ressignificação do passado), ou de modo acintoso em outras (caso do confronto ou da violação do sigilo de correspondência).

A duração da internação em uma CT — nove meses no meu caso — pode ser compreendido como um período de suspensão temporal, o que me lembra o conto de Borges em que um escritor judeu, Jaromir Hladik, é preso durante a ocupação alemã da Tchecoslováquia. Enquanto aguardava a morte, o personagem pedia que Deus permitisse concluir o romance em que trabalhava antes da prisão. No momento do fuzilamento, o tempo parou. Demorou um pouco, mas Hladik entendeu que alcançara sua graça. Sim, “[...] matá-lo-ia o chumbo alemão, na hora determinada, mas em sua mente um ano transcorria entre a ordem e a execução da ordem”. Durante este ano de tempo suspenso, trabalhou mentalmente na revisão de sua obra. Assim que terminou, “[...] iniciou um grito enlouquecido, moveu o rosto, o quádruplo disparo o derrubou” (BORGES, 2016, p. 811).

Um tempo para revisar a vida, para reescrever a própria história, para conseguir pular para fora do carrossel de compulsão à repetição do uso de drogas. Do lugar de quem acaba de sair de uma internação de quarenta e cinco dias, afirmo que a suspensão temporal e territorial pode ser extremamente importante como parte do processo de cuidado dirigido a pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Não obstante, é deste mesmo lugar que chamo atenção para os riscos inerentes à esta estratégia.

Gostaria ainda de tratar da uniformidade dos tempos. A preparação para o ingresso na CT, as etapas do plano terapêutico, a ressocialização, o período em que se realizavam o Confronto e o Quinto Passo, e mesmo a própria duração da internação, tudo era absolutamente igual para todas as pessoas. Não havia nenhuma adaptação ou flexibilização temporal em função de alguma avaliação ou algo parecido. Nos nove meses em que estive internado, nunca vi uma visita familiar ser adiada ou antecipada por conta da evolução no tratamento.

As críticas que temos às CT's não eliminam a justa demanda por suspensão territorial e temporal manifesta por muitas pessoas que usam

---

<sup>67</sup> Idem nota 17.

drogas, e corroboradas por trabalhadores de saúde comprometidos com seus projetos terapêuticos. Trata-se, portanto, de ultrapassar a crítica a apontar caminhos. Neste sentido, concluo com Bukowski e sua descrição de um lugar plausível:

Um final plausível  
deveria haver algum lugar para onde ir  
quando você não consegue mais dormir  
ou você cansou de ficar bêbado  
e a erva não funciona mais,  
e não me refiro a passar  
para o haxixe ou cocaína,  
eu me refiro a um lugar para ir além da morte que está esperando  
ou do amor que não funciona mais.  
deveria haver algum lugar para onde ir  
quando você não consegue mais dormir  
além de um aparelho de TV ou um filme  
ou comprar um jornal  
ou ler um romance.  
é não ter esse lugar para onde ir  
que cria as pessoas agora nos hospícios  
e os suicídios  
e suponho que aquilo que a maioria das pessoas faz  
quando não há mais lugar algum para onde ir  
é ir a qualquer lugar ou fazer qualquer coisa  
que dificilmente as satisfaz,  
e esse ritual tende a aplainá-las  
até que consigam prosseguir de algum modo  
mesmo sem esperança.  
essas caras que você vê todos os dias nas ruas  
não foram criadas inteiramente sem esperança:  
seja generoso com elas:  
assim como você  
elas não escaparam.  
(BUKOWSKI, 2015)

## Referências

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os Doze Passos e as Doze Tradições**. São Paulo: JUNAAB, 1995.

BORGES, Jorge Luis. El milagro secreto. *In: Ficciones*. Buenos Aires: Sudamericana, 2016.. (Obras completas de Jorge Luis Borges, v. 1, p. 811).

BUKOWSKI, Charles. **As pessoas parecem flores finalmente**. Porto Alegre: L&PM, 2015.

AmarElo. Intérprete: Emicida. Compositores. *In: AmarElo*. São Paulo: Laboratório Fantasma, 2019.

FOUCAULT, Michel. Poder-corpo. *In: \_\_\_\_\_*. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 145-152.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. Prefácio (*De la prison à la revolte*). *In: Ditos e Escritos: repensar a política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. v. 6, p. 74-81.

MATTOS, Patrícia. A dor e o estigma da puta pobre. *In: SOUZA, Jessé (org.)*. **Ralé Brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. p. 173-201.

MESSAS, Guilherme. A existência fusional e o abuso de *crack*. *In: Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, v. 4, n. 1, p. 124-140, 2015.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. *In: SANTOS, Maria Paula Gomes (org.)*. **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 37-60.

OLIVEIRA, Rafael Wolski. **A aposta na narrativa: experiências de pessoas que usam drogas**. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. UFRGS. Porto Alegre, 2021.



PAPO de surdo e mudo. Intérprete. Compositores. *In: O Silêncio que Precede o Esporro*. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 2003.

A PAZ. Intérprete: Gilberto Gil. Compositores. *In: ACÚSTICO MTV*. São Paulo: Warner Music Brasil, 1994.

SANTOS, Maria Paula Gomes. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. *In: SANTOS, Maria Paula Gomes (org.). Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 17-36.

SOUZA, Letícia Canonico; NUNES, Matheus Caracho & SANTOS, Maria Paula Gomes. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. *In: SANTOS, Maria Paula Gomes (org.). Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 61-76.

SPICER, Jerry. **The evolution of the multidisciplinary approach to addiction recovery** – The Minnesota Model. Minnesota: Hazelden Foundation, 1993.

TEMPO Rei. Intérprete: Gilberto Gil. Compositores. *In: Raça Humana*. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 1984. .

TODO sentimento. Intérprete: Chico Buarque. Compositores. *In: Francisco*. Rio de Janeiro: RCA, 1987. .



# CAPÍTULO 9

## AUTORITARISMO, PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E VIOLÊNCIAS: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR EGRESSOS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESPÍRITO SANTO

Giovanna Bardi<sup>68</sup>

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira<sup>69</sup>

Maria Lúcia Teixeira Garcia<sup>70</sup>

Fabiola Xavier Leal<sup>71</sup>

Mirian Cátia Vieira Basílio Denada<sup>72</sup>

### 1 Introdução

**A** implantação de comunidades terapêuticas (CT's) para indivíduos em uso de drogas foi uma experiência adotada no Brasil desde o final da década de 1960, sendo a primeira registrada no município de Goiânia (CHAVES; CHAVES, 2007). Nas décadas seguintes, ampliaram-se o número de instituições, em especial de cunho religioso, em várias regiões do país (GARCIA, SILVA, 2004; LIMA, 2016; LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

<sup>68</sup> Docente no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [giovanna.bardi@ufes.br](mailto:giovanna.bardi@ufes.br)

<sup>69</sup> Assistente Social. Doutora em Política Social pelo Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [eoliveiranjos@yahoo.com.br](mailto:eoliveiranjos@yahoo.com.br)

<sup>70</sup> Docente no Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [maria.garcia@ufes.br](mailto:maria.garcia@ufes.br)

<sup>71</sup> Docente no Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [fabiola.leal@ufes.br](mailto:fabiola.leal@ufes.br)

<sup>72</sup> Docente no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [mirianbasilio@yahoo.com.br](mailto:mirianbasilio@yahoo.com.br)

A expansão dessas e de outras instituições neste campo exigiu das autoridades sanitárias medidas de regulamentação. Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 101, que estabeleceu um regulamento técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo o qual as CT's seriam:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos [...] que têm por função a **oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados**, que forneça **suporte e tratamento** aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a **convivência entre os pares**. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (ANVISA, 2001, p. 3. Grifos nossos).

Tal resolução foi atualizada pela RDC n. 29 de 2011 da ANVISA, que dispõe que as instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica deverão observar as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2011). Esta foi uma estratégia do Ministério da Saúde para regular, minimamente, os serviços assistenciais neste campo.

Se, por um lado, houve este esforço de regulação empreendido, por outro constatou-se condições propícias para o fortalecimento das CT's. Dentre elas, a criação do *Plano Crack, é possível vencer*, sustentado pelos pilares cuidado, autoridade, prevenção e impulsionado pela suposta “epidemia do crack” (BRASIL, 2011a). O uso de crack nos centros urbanos e nas periferias, veiculado pela mídia de forma alarmante, provocou a indignação da sociedade e foi acompanhado por um discurso de preocupação de autoridades governamentais, que propuseram nos espaços legislativos medidas de caráter autoritário e higienista de retirada da população

usuária dos centros urbanos, direcionando-as para um suposto tratamento em instituições fechadas (TOTUGUI *et al.*, 2010).

No espaço legislativo formaram-se Frentes Parlamentares “Anticrack” que colocaram as CT’s na pauta do gabinete da Presidente Dilma, pressionando recursos públicos, que foram garantidos por meio de editais abertos para credenciamento destas instituições (OLIVEIRA, 2018; 2021).

Além disso, em dezembro de 2011, a Portaria n. 3.088 redesenhou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo pessoas em sofrimento por uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b). Nela, as CT’s “[...] foram incluídas como serviço da Atenção Residencial de Caráter Transitório, portanto, inseridas no SUS, demonstrando a força política a despeito da tensão interna gerada no âmbito da saúde pública e, particularmente, da saúde mental” (LIMA, 2016, p. 166). Esta força se ampliou em 2012, com a Portaria n. 131, que instituiu o incentivo e o financiamento das CT’s que estivessem de acordo com as normas vigentes da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2012). Por fim, o governo federal lançou o Edital de chamamento público n. 01/2013, por meio da SENAD, que credenciou CT’s em todo o Brasil para receber verba pública na prestação de atendimentos (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Neste processo, em 2015, houve a regulamentação das CT’s no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por meio da Resolução n. 01 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que definiu as CT’s como “[...] entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (BRASIL, 2015, s/p).

Mais recentemente, neste trajeto de retrocessos impostos à política, o governo federal instituiu o Decreto n. 9.761 de 2019, que revogou a Política Nacional sobre drogas (realinhada em 2005) — que estabelecia como principal diretriz a redução de danos - estabelecendo a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Esta política define que as ações, programas, projetos de cuidados, prevenção e reinserção social *deverão visar à abstinência* em relação ao uso de drogas (BRASIL, 2019a), o que coloca as CT’s em destaque, desempenhando papel central e com previsão de mais investimento. Essa aprovação representa um retrocesso, não só em relação às estratégias de Redução de Danos, mas também às históricas conquistas da luta antimanicomial (BARDI, 2019).

Com financiamento público, incentivos fiscais e regulamentações, as CT's se fortaleceram e seguem em processo de espraiamento no território nacional em toda a sua heterogeneidade. Segundo a Nota Técnica n. 21, divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2017, havia cerca de 1950 CT's instaladas em nosso território, ofertando cerca de 83.600 vagas para tratamento (IPEA, 2017).

Entretanto, o movimento das CT's no Brasil tem sofrido severas críticas ao longo da última década, assim como muitas denúncias e rigorosas fiscalizações, como a realizada em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que se deparou com inúmeras práticas desumanas e iatrogênicas, que em muito se assemelhavam às práticas dos primeiros Hospitais Psiquiátricos, combatidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, assim como pelo Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil (CFP, 2011). No relatório mais recente do CFP, publicado em 2018, foram identificadas práticas que configuram violações aos direitos humanos nas 28 instituições visitadas (CFP, 2018).

Uma das violações encontrada no documento corresponde às práticas religiosas, muitas vezes compulsórias, empregadas nestes locais (CFP, 2018). Tais práticas vão ao encontro da conformação da maior parte destas instituições: 82 % das CT's, no cenário nacional, encontram-se vinculadas a igrejas e organizações religiosas, notadamente as de matriz cristã (IPEA, 2017). De todas as vagas ofertadas, 41 % correspondem a CT's de orientação pentecostal (IPEA, 2017).

Todavia, a Constituição brasileira de 1988 (art. 5.º, inciso VI) dispõe que é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias. Além disso, também não é permitido que ninguém seja privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política (art. 5.º, inciso VIII) (BRASIL, 1988).

Ademais, as instituições estão geralmente, em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões — em alguns casos, também de vigilantes, que regulam a saída do estabelecimento. Em dezesseis instituições foram identificadas práticas de castigo e punição a internos, como obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas, em 10 instituições, práticas como isolamento por longos períodos,

privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) (CFP, 2018).

Com relação ao cenário do estado do Espírito Santo, diversas são as semelhanças com o cenário nacional. Dada a característica religiosa, no Espírito Santo, as CT's sempre mantiveram uma relação com o aparato estatal (GARCIA; SILVA, 2004). Mas, a partir de 2013, por meio do lançamento do *Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas*, o Governo estadual previu parcerias entre o terceiro setor, prefeituras, Governo federal e as famílias (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Em pesquisa realizada no estado, das 268 instituições questionadas sobre os seus objetivos institucionais, em 97 respostas o aspecto religioso se destacou: “Tratar a partir da base cristã e do caráter de Cristo”; “Resgatar a vida e levar o amor de Jesus Cristo (evangelização)”; “Vivência do Evangelho e em consequência acolher, apoiar e acompanhar a recuperação”; “Ministrar estudos bíblicos com os internos”; “Conhecer a Deus” (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

A partir deste cenário, e em um contexto em que o apoio financeiro e político às CT's só cresce, a sociedade brasileira tem pela frente o desafio de conhecer como têm se dado as experiências dos sujeitos que passam por estes locais. Assim, neste Capítulo propomos discutir sobre as situações de violência e/ou violação aos direitos humanos vivenciadas por indivíduos que passaram por internação nas CT's, visando adensar o debate sobre o fenômeno do crescimento destas entidades no cenário das políticas mental e sobre drogas.

O texto está estruturado em três seções que dispõem sobre o percurso metodológico da pesquisa realizada, os resultados e discussões e as considerações finais.

## **2 Percurso Metodológico - Um Intricado Labirinto**

Os dados aqui trabalhados compõem o *corpus* obtido (mas não trabalhado) na tese de doutorado intitulada “*Entre a ‘cruz’ e a ‘caldeirinha’*: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas”, defendida em dezembro de 2019, no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. A pesquisa envolveu entrevistas semi estruturadas com indivíduos com histórico de uso de drogas

e egressos de CT's. Foram realizadas 28 entrevistas entre outubro de 2017 e março de 2018: 21 delas a partir da indicação de profissionais dos CAPS ad da região Metropolitana (municípios de Vitória, Vila Velha e Serra) — região com maior concentração de instituições de tratamento para usuários de drogas no estado — e sete por meio da indicação de docentes e pesquisadores de grupo de pesquisa sobre a temática do uso de drogas com a finalidade de diversificarmos a amostra.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi composto por dados sociodemográficos (data de nascimento, nível de escolaridade, estado civil, se possui religião, dentre outros) e perguntas abertas que buscavam a reconstituição do período de internação e o período pós-internação nas CT's. Não foi estabelecida uma quantidade prévia de indivíduos a serem entrevistados, sendo o tamanho da amostra definido por saturação teórica (PIRES, 2008).

Para análise dos dados, utilizamos a Análise de Discurso (BAKHTIN, 1997). Após a transcrição, fizemos a leitura de todas as entrevistas para familiarização com as várias formas discursivas empregadas pelos sujeitos e identificação de sentidos e rupturas no material. Em seguida, identificamos nos discursos situações de violência e violação aos direitos humanos vividas pelos indivíduos que passaram por internação nas CT's. Por fim, apreendemos as formações ideológicas que atravessavam os discursos dos entrevistados — um conjunto de representações que originam as regras que delinham a produção do discurso em um contexto (BAKHTIN, 1997).

Em termos de procedimentos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n. 2.333.891) e pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra. Os nomes dos sujeitos foram substituídos por nomes fictícios e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3 “Meu Percurso” na CT**

Os entrevistados eram majoritariamente do sexo masculino (vinte), com idades variando entre vinte um e cinquenta e seis anos. Com relação à escolaridade, doze possuíam o ensino fundamental incompleto (nove) ou completo (três), quatorze possuíam o ensino médio incompleto (três) ou



completo (onze), e quatro possuíam o ensino superior incompleto (três) ou completo (um). Em sua maioria, os entrevistados eram negros.

O tempo de internação, bem como a quantidade de internações nas CT's, variou entre os participantes, não sendo este um aspecto determinante para a análise proposta. Dos vinte e oito entrevistados, vinte relataram situações de violência e/ou violação aos direitos humanos nas internações por onde passaram. No próximo tópico traremos os relatos destas experiências, destacando as contradições em torno do seu dito papel principal — tratamento. A negativa na frase — o não — é parte da pista perseguida.

#### 4 O Não Acesso ao Tratamento em Saúde

Diversos foram os tipos de violência e/ou violação aos direitos humanos colocados pelos participantes da pesquisa. A começar, dois deles compartilharam a existências de colegas, com os quais conviveram durante o período de internação na CT, com demandas de saúde, problematizando o não reconhecimento por parte dos dirigentes das instituições de que era necessário um cuidado em saúde. Adriano compartilhou que havia convivido com pessoas que diziam ter depressão, esquizofrenia e outros diagnósticos relacionados à saúde mental. E Fátima explicitou que uma das pessoas acolhidas “precisava de psiquiatra, mas ali era muito difícil uma pessoa adoecer e chegar a ir ao médico, porque ali tudo Jesus ia curar”.

Sobre a presença de indivíduos com demandas de saúde nessas instituições, a Lei n. 13.840/2019, que dispõe sobre o *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* e as condições de atenção aos usuários de drogas, estabelece que não são elegíveis para o acolhimento em CT's as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde (BRASIL, 2019a).

Antes dessa Lei, a Resolução n. 29, de 2011, da ANVISA, em seu artigo 8.º, já havia instituído que as CT's devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes da privação de substâncias psicoativas, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde. Ou seja, a legislação não prevê que a demanda da saúde seja respondida pela instituição de acolhimento e, nesse sentido, o “tratamento” ofertado deve

se limitar à convivência entre os pares. Contudo, caso ofertem serviços de saúde ou procedimentos de natureza clínica deverão observar, além das disposições trazidas por esta Resolução, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde; deixando de serem CT's (ANVISA, 2011).

Outra determinação existente se encontra na Resolução n. 1 de 2015 do CONAD, que pauta que as entidades que ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica não serão consideradas CT's e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015). Assim, as CT's devem possuir mecanismos de encaminhamento e transporte à rede de saúde dos acolhidos que apresentarem intercorrências clínicas, sendo necessária uma articulação junto à unidade de referência de saúde para que sejam prestados os cuidados necessários.

Quando não o fazem ferem, além destas resoluções, a Constituição Federal de 1988, que tem como um dos princípios a dignidade da pessoa humana; e a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, que defende que:

[...] 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada (BRASIL, 2011c, p. 3-4).

## 5 Autoritarismo, Privação de Liberdade e Violências

Outro aspecto trazido pelos participantes foi o autoritarismo dos obreiros e dos pastores, que não convidavam os internos para as atividades, mas sim, os obrigavam a realizar determinadas tarefas. Por vezes, este autoritarismo levava às situações de maltrato e violência verbal e psicológica com alguns internados, como foi exemplificado em uma das falas abaixo:

Aí, eu vivia esse terror. Obrigada a ter...em dia que você não está com o coração e **você tem que** fazer aquilo com depressão, mas **tem que** levantar, **tem que** fazer seu trabalho, **tem que** estar na mesa, **tem que** fazer isso, **tem que** fazer aquilo em seguida, uma obrigação, entendeu? Não deixa a

gente refletir nada, parar e pensar...até isso, até isso eles vigiam, Deus é mais! (Rita. Grifos nossos).

[...] quando eu entrei como aluna certas coisas me incomodavam porque a diretora era uma ex-drogada, e **ela era muito autoritária**, e eu passei a perceber que em alguns momentos ela maltratava alguns pacientes. Ela era muito autoritária e muito jovem, e eu não aceitava [...] tinha certas coisas que eu não aceitava a maneira que ela tratava (Fátima. Grifos nossos).

E também o fato de você ir fazer um tratamento e chegando lá você **ter que** trabalhar, você é cobrado se você faz ou não a sua tarefa e ainda fica no gosto da pessoa que manda fazer e muitas das vezes ele te recrimina, te põe pra baixo... como é que eu explico? Te esnoba, **te põe pra baixo, não te respeita**. Aí, aquilo em vez de te fortalecer para que você melhore, né, para que você se restitua e fique melhor, é o contrário, te **põe pra baixo** (Débora. Grifos nossos,165).

As falas acima expressam termos negativos que indicam imposição e relação assimétrica. Aqui não existe lugar para a vontade ou disposição do sujeito, assim como também não cabe sua percepção ou opinião. Prevalece o autoritarismo pautado na ideia de que o fazer, por meio do trabalho, é o que edifica o sujeito. Isso aparece na imposição de realização de diversas tarefas, uma em seguida da outra, mesmo quando os sujeitos não apresentam disposição para estas. O trabalho aqui não tem o sentido dado por Marx (1985), como capacidade criadora de transformar a natureza, de se humanizar e ser humanizado na sociabilidade humana. Mas, sim, o sentido do trabalho alienado em que o sujeito não se reconhece nele, ou o trabalho que desumaniza, dado seu processo de exploração (MARX, 1985).

As regras da instituição se sustentam no pensamento conservador explícito por Weber (2001) ao apontar a influência das ideias religiosas sobre a conduta dos homens. Weber explicita que o protestantismo defendeu o trabalho como um valor positivo e não como um fardo, ideologia denominada por ele como Ética Protestante. O trabalho, superando a compaixão ou a devoção religiosa, levaria à salvação da alma. Essa ideologia sustenta a ideia do trabalho duro como um dever que garante recompensa e um atributo ao homem moderno (WEBER, 2001).

As falas dos sujeitos nos remetem ao provérbio “cabeça vazia, oficina do diabo”, muito utilizado para se referir à falta de ocupação que pode

resultar em maus pensamentos. Reflete uma visão de mundo em que o ócio é visto como ameaçador da moral e em que, por sua vez, a ocupação deve ser valorizada. Com o ócio, há de se tomar cuidado, uma vez que ele pode trazer a “delinquência”, a loucura, a transgressão, o uso de drogas (CONSTANTINIDIS, 2012).

Aqui resgatamos a ideia Marx (2011), que defende o ócio enquanto um momento de criação e reflexão, o que não significa “não fazer nada”, mas não permitir que os indivíduos se tornem cada vez mais atarefados e presos ao mundo do trabalho. Para Marx (2011), o ócio criativo permite a sociedade tornar-se mais produtiva, a medida em que os sujeitos teriam tempo livre para se entregarem a arte (música, atividade lúdica, filme, peça de teatro), ou a situações afetivas em família, o que possibilitaria extrair ideias, refletir e se entregar a uma criação.

Além disso, o uso terapêutico da ocupação foi sistematizado como campo do saber a partir do século XVIII, quando Pinel teorizou o Tratamento Moral. Por meio da internação e do isolamento, Pinel defendia que o trabalho mecânico rigorosamente executado era capaz de garantir a manutenção da saúde (PINEL, 2004). A laborterapia faria, então, o indivíduo em sofrimento mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento, desempenhando uma função corretiva e disciplinar, se contrapondo ao ócio desorganizador.

Após a Reforma Psiquiátrica, e a suposta superação desse modelo de tratamento baseado na repetição disciplinada, temos o retorno da laborterapia, neste caso, nas CT's, acompanhadas do fundamento religioso, sendo uma das atividades recorrentes os cultos e outras ocupações religiosas. Essa seria, portanto, a receita da “cura” para o uso de drogas.

As entrevistadas também fizeram menção à obrigatoriedade de realização de tarefas de cunho religioso nas instituições. Rita, por exemplo, relatou que precisava copiar repetidamente alguns versículos da Bíblia e responder questões após assistir filmes bíblicos. Ela não concordava com as atividades porque não achava que estas as ajudavam em seu tratamento, pelo contrário, até pioravam a sua situação por fazê-la ficar muito nervosa e não conseguir pensar em outra coisa que não fossem os exercícios religiosos. Outros participantes trouxeram obrigatoriedades relativas à reza do terço e orações:

Lá **não podia** nem ver televisão, eles **não deixavam**. Só pode assistir coisas que eles... tinha muita doutrina católica, **tinha que rezar o terço**. Dá uma raiva o tal do terço. Aquilo era um tal de... e aquela abstinência do cigarro, sabe o que eu fazia? Ia lá pro meio do mato, pegava chuchu, enrolava folha de chuchu e fumava (Marcela. Grifos nossos).

Você acordava lá às 6 horas da manhã e ia pra oração. Tinha que ficar uma hora de joelho orando. **Era obrigado. Obrigado mesmo**. “Ó, é obrigado!”. Tudo que é obrigado, não é bom. Você viver debaixo de ditadura você sempre foge à regra (Sandro. Grifos nossos).

Porque eu sou o tipo da pessoa que se eu quero ir à igreja, eu vou; **eu não quero que ninguém me force a nada, eu não suporto isso de ser forçada a fazer alguma coisa**. [...] **E nas comunidades eles obrigam** (Eva. Grifos nossos).

A obrigatoriedade de exercer determinado credo religioso, além de ferir a nossa Constituição de 1988, é grave violação aos direitos humanos, uma vez que segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), no artigo 18:

Todo ser humano tem direito à **liberdade de pensamento, consciência e religião**; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular (ONU, 1948. Grifos nossos).

Para esta Declaração, a liberdade é um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos, sem nenhuma distinção, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição (ONU, 1948). Contudo, a maior parte dos entrevistados mencionaram situações sobre o controle da liberdade vivenciada no interior das CT's. Sobre este aspecto, eles relataram:

Então, **era um espaço muito pequeno para muita gente**, tinha umas trinta/quarenta pessoas, na época, no caso, e eu, como não sou muito de

ficar preso em um lugar, não consegui por conta disso. Aí eu saí, eu pedi pra sair (Eduardo).

Ah, **é horrível**, Deus me livre! É um lugar...a gente não podia...tinha gravação em tudo, uma hora eu falei assim: “Nossa, até no banheiro?”. **Não podia falar no telefone, não podia ter contato com família**. Ali parece que você tá se derrotando, [...] tem muitas coisas que a gente é obrigado a fazer (Rita. Grifos nossos).

Os entrevistados expressaram incômodo com a restrição de liberdade nas CT's e com o controle ao qual foram submetidos nestes espaços. Isso porque, quando adentram as instituições, além de não terem mais acesso às drogas, necessitam se enquadrar a uma série de regras que regem o funcionamento dos locais. Comumente possuem horário para acordar, para fazer as refeições, para tomar banho; não podem sair e nem ter acesso ao celular ou outras formas de comunicação com o meio exterior. Para isso, é necessário que o indivíduo abandone o papel que ocupava anteriormente e se renda ao confinamento (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016).

Ou, parafraseando Neves (1978), é necessário que o indivíduo aceite uma ideologia sem “resistências e sem lutas”. Isto é parte do processo de dominação a que estão expostos esses indivíduos. Neste sentido, pastores, obreiros e fiéis confrontam suas verdades bíblicas vis a vis à liberdade profana dos ditos “drogados”. É essa liberdade perigosa que requer eliminação pelo controle da religião e é essa liberdade que será identificada em outros espaços. Os sujeitos fazem uma comparação com o CAPS ad, que propõe um tratamento em liberdade — portas abertas —, numa interlocução que, ao menos em tese, deve ser realizada com os outros equipamentos da comunidade, por meio de um trabalho em rede e intersetorial, princípios que se alinham à Reforma Psiquiátrica (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Na contramão da Reforma Psiquiátrica – e parte de seu desmantelamento (AMARANTES; NUNES, 2018) —, as CT's se assemelham às instituições totais, tal como definidas por Goffman (2005, p. 11)<sup>73</sup> como “[...]”

<sup>73</sup> A crítica de Goffman (2005) se referia aos manicômios combatidos na Reforma Psiquiátrica. Aqui, fazemos, portanto, uso de sua análise por considerarmos que as CT's representam uma reedição desses espaços, tanto por conta de suas características de funcionamento, como também por cumprirem a mesma função social: esconder e retirar de circulação as pessoas que incomodam a sociedade sem uma perspectiva de reinseri-las à vida em comunidade.

locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Neste processo há uma perda da individualidade e da subjetividade dos indivíduos, que passam a ter sob controle alheio as atividades mais pessoais dos seus cotidianos. Nega-se, a partir dessa dinâmica, a história de cada um e a forma como se relacionam com o mundo e consigo mesmos, provocando uma alienação dos seres do mundo e de si mesmos.

As CT's podem se assemelhar às instituições totais em diversos aspectos. Aqui, destacaremos o isolamento social e o regime disciplinar (NATALINO, 2018). No que compete ao isolamento social, apenas 35 % das CT's permitem visitas familiares desde o início do tratamento; as demais estabelecem regras temporais e, por vezes, de participação em atividades preparatórias. Apenas 5 % dos locais permitem visitas a qualquer momento. Uma parte impede, ainda, qualquer contato com amigos (17 %) e namorados (11 %) (IPEA, 2017; CFP, 2018). Em nossas entrevistas, os participantes referiram que as visitas ocorriam em datas específicas e eram monitoradas.

No que se refere aos meios de comunicação, 91 % das CT's não permite que os acolhidos usem celular pessoal ou de visitantes; e 86 % não permitem acesso à internet. Algumas proíbem, ainda, o acesso à televisão (7 %), livros, revistas e jornais de preferência (39 %) (IPEA, 2017). Nossos entrevistados também trouxeram relatos de que a programação que podia ser acessada na televisão era, muitas vezes, apenas religiosa, previamente selecionada pelos dirigentes das instituições. Com relação ao acesso aos livros, restringia-se à Bíblia.

Sobre o regime disciplinar, podemos notar que as CT's possuem atividades obrigatórias, atividades proibidas e sanções. Além das proibições já citadas, não é permitido o uso de tabaco (68 %), a escolha da roupa (37 %) e a escolha do corte de cabelo (32 %) (IPEA, 2017). No caso das obrigações, elas envolvem, basicamente, a participação compulsória nas atividades terapêuticas, incluindo os cursos (60 %), as cerimônias religiosas (53 %) e as tarefas de laborterapia (73 %) (IPEA, 2017). Em diversos momentos, os entrevistados mencionaram incômodo em terem que realizar, obrigatoriamente, atividades religiosas e de laborterapia.

Todas essas características ferem o que se encontra previsto nos documentos oficiais sobre as CT's, bem como a Constituição Federal de 1988

e a Carta de Direitos dos Usuários do Saúde, já supracitados (BRASIL, 1988; 2011c). Segundo a Resolução n. 01/2015 do CONAD, as CT's devem garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social (BRASIL, 2015). O vínculo familiar e social deve ser incentivado desde o início do acolhimento, devendo ser permitidas as visitas de familiares, bem como o acesso aos meios de comunicação que permitam contato com os membros da família. Neste mesmo sentido, a Resolução n. 29 da ANVISA orienta que haja o atendimento à família do acolhido durante o período em que este estiver na instituição.

Além das situações de violência verbal e psicológica, e do cerceamento da liberdade, alguns participantes também relataram a presença de violência física nestas instituições:

E até o pastor chegou a **chutar o paciente** lá. Por isso que eu saí antes [...] eu saí três dias antes porque eu xinguei um cara lá de covarde. Eu não aguentei, fiquei chateado por ver aquela situação; e tem um cara lá [...] ele cuspiu na cara do pastor. Aí o pastor **foi dar um chute nele** e eu não deixei, entrei no meio, eu falei: “Isso aí é covardia, rapaz. Mesmo que o cara te cuspiu, isso aqui é uma clínica pra reabilitação, como é que você vai bater no cara? Você, como pastor, tem que dar o exemplo”, aí não gostaram e me mandaram embora.

[...] as meninas **apanhavam de mão aberta** na cara. A gente paga...as duas comunidades terapêuticas que eu fiquei eram pagas e eles tratam a gente **como se fosse um bicho**, normalmente a gente sai mais revoltado de lá (Grifos nossos).

Tais relatos mostram um tratamento inaceitável dado aos internados e mais uma violação aos direitos humanos, uma vez que, segundo a ONU (1948), em seu artigo 5.º “Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” e em seu artigo 6.º “Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei”.



## 6 Condições Degradantes de Vida e Trabalho Compulsório

Outra denúncia comum correspondeu às condições do espaço físico e da comida disponibilizada para os internos nas CT's :

Porque é um lugar onde que assim...não tem condições sub-humanas de você ser recuperado. Porque você vem do lixo, você vem do *crack*, você vem de um quadro de derrota, você vem do fundo do poço, e você vai pra um **lugar sujo, imundo**...como que você vai ser tratado em um lugar desses? [...] Essa clínica foi a pior que eu...eu falo mesmo, é o pior lugar do mundo! **Infraestrutura péssima, não tem condição de recuperar ninguém.** E ganha muito dinheiro, muito dinheiro, e não investe dentro da casa (Davi. Grifos nossos).

Era, **um cubículo terapêutico.** Cubículo terapêutico (Sandro. Grifos nossos).

Fiquei internada lá 45 dias, não quis ficar. **Lá eles comiam do bom e a gente tinha que comer o resto.** Não quis ficar (Marcela. Grifos nossos).

Pô, cheguei lá e comecei a **passar fome**, mano. É...nós chegamos ao ponto de **comer feijão com bicho**, entendendo? Porque o pastor simplesmente travava. Minha irmã pagava um salário mínimo e ainda mandava cesta básica. Duas cestas básicas por mês ela mandava. Dinheiro, né, pra comprar lá. E a gente passando fome, cara (Sandro. Grifos nossos).

Os relatos, novamente, trouxeram situações de grave violação aos direitos humanos dos acolhidos. Segundo a ONU (1948), toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, sendo um dos pilares para isso, uma alimentação adequada. O acesso físico e econômico à alimentação saudável e diversificada deve ser uma das obrigações do Estado e da sociedade. A garantia desse direito também pode ser encontrada em uma série de dispositivos constitucionais e da legislação nacional. Um exemplo disso é o reconhecimento da alimentação e da nutrição como pré-requisitos fundamentais à realização do direito à saúde no artigo 6.º sexto e no artigo 23.º da Constituição Federal (BRASIL, 1988; VALENTE, 2003).

Ademais, segundo o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (1999), a realização do direito humano à alimentação adequada não pode ser reduzida ao mero fornecimento de uma ração básica nutricionalmente balanceada. Embora possa ser difícil estabelecer o que seria alimentação adequada, já que o ato de se alimentar reflete subjetividade e identidade cultural de cada grupo social, temos clareza de que não se trata de comida “suja”, ou comida com “bicho”. Submeter indivíduos a essas condições alimentares, portanto, é muito grave, sobretudo porque, como se encontram em privação de liberdade, não há maneiras para que haja qualquer outra tentativa de se alimentarem.

Outra situação relatada pelos entrevistados foi a obrigatoriedade de realizar trabalhos para a instituição sem que recebessem nenhuma remuneração. Os tipos de trabalho variavam entre aqueles realizados dentro da instituição (jardinagem; produção de produtos como pães, desinfetantes, por exemplo) e aqueles realizados fora da instituição (venda de kits de papelaria, panfletagem, dentre outros):

**Eles só sabiam botar pra capinar.** “É uma terapia”. Falei “não é terapia, gente”. Deixa a pessoa livre. Esse livre arbítrio é que faz a pessoa desenvolver um lado melhor. **Só que era muita pressão de pastor, de horário pra isso, horário pra aquilo, sabe? E aquilo limitava as pessoas em pensar muitas das vezes.** [...] E aí o que mais que acontece, **o panfletar deles, eles colocam cinco homens dentro de um carro com um bolo de cartão, uma sacolinha e cada um é largado num sinal e recolhe todo o dinheiro que é devido ali naquele sinal com aquela sacolinha pra ajudar a obra.** Só que a obra já é sustentada. Aí cheguei no sítio e falei “eu hein, a época da **escravidão acabou**”. Eu vi que eles não iam trabalhar com recuperação, eles queriam **explorar o usuário**, falando que tá trabalhando nele (Caio. Grifos nossos).

Aí tentaram me segurar lá dessa forma, pra mim pegar quatro pessoas pra discipular; aquele negócio todo e tal, e tal. Mas mesmo assim eu não... mas não era pra discipular; **era pra eu continuar trabalhando pra eles, fabricando desinfetante pra eles, continuar dando lucro pra eles,** entendeu? (Davi. Grifos nossos).

O trabalho consiste em um dos principais pilares das CT's, pois, segundo seus/suas dirigentes, esse tipo de atividade traz o benefício da autodisciplina e autocontrole como uma forma de laborterapia (IPEA, 2017). Entretanto, além de ser um método que contestamos, trata-se de um trabalho compulsório e análogo à escravidão que rende lucros para a instituição por meio da mão-de-obra dos internos que, muitas vezes, ainda pagam mensalidade para serem mantidos nas instituições.

No relatório de inspeção às CT's do CFP (2018), os relatos apontaram, inclusive, o uso de castigos e punições aos internos que se recusam a realizar tais atividades. Em nossas entrevistas obtivemos que a não concordância em realizar os trabalhos implicava em castigos ou em expulsão dos internos.

A obrigatoriedade do trabalho sem nenhum direito trabalhista e pagamento configura-se como mais uma violação ao direito, expressa no artigo 4.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo o qual: “Ninguém será mantido em escravidão ou servidão; a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas”.

## **7 Sobre a (Não)Fiscalização**

Diante de tantas violências/violações, destacamos a urgência de fiscalização destas instituições, sendo essa uma das dimensões do problema evidenciado. Ainda que as CT's possam representar um “desvio” de um modelo de tratamento oficial, sistemas de regulação e fiscalização, capazes de impedir abusos, não poderiam ser dispensados (NATALINO, 2018). Mais recentemente, com o crescente financiamento do poder público para estas entidades, há, portanto, uma necessidade ainda maior de que haja processos fiscalizatórios.

Contudo, os documentos oficiais, como a Resolução n. 29 da ANVISA, ou a Resolução n. 1 do CONAD, ou, ainda, a atual Lei de drogas (n. 13.840), nada pautam sobre a fiscalização destes locais. Não atribuem a nenhum órgão público a competência para essa tarefa (IPEA, 2018). Em nossas entrevistas, os participantes apontaram a falta de fiscalização das CT's por onde passaram.

Mais recentemente, no ano de 2019, houve a publicação da Portaria n. 562, pelo Ministério da Cidadania, que criou o Plano de Fiscalização e

Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) (BRASIL, 2019b). Consta no texto do documento que a fiscalização deve ser realizada por servidores lotados na SENAPRED, podendo a Secretaria solicitar auxílio dos órgãos estaduais e municipais de políticas sobre drogas, saúde e de assistência social, já sinalizando a possibilidade de que a responsabilidade seja repassada para outros órgãos (BRASIL, 2019b).

Mas, a fiscalização sobre estas instituições não supera uma questão que é anterior: considerando a filosofia e a ideologia que propagam, devem as CT's receberem financiamento público?

Os discursos destes entrevistados que, embora não possam ser generalizados à totalidade das CT's brasileiras, nos permitiram acessar uma série de relatos de graves violações ao direito desses indivíduos. A sustentação para esse tipo de "tratamento" é moral, apoia-se na compreensão de que o usuário de drogas é um infrator, um violador de limites, um desviante e que, portanto, precisa de uma correção dura e impiedosa. Ou ainda, um pecador, dotado de uma falha moral (LOECK, 2018).

## 8 Considerações Finais

Propusemos neste trabalho vocalizar as vozes de sujeitos que experienciaram situações de violências e violações aos direitos humanos nos espaços da CT's. Observamos, a partir desta experiência, que as violações nesses espaços ocorrem dado o predomínio de perspectivas conservadoras acerca das drogas, fato que imputa um modelo de "tratamento" aos usuários que é punitivo, de privações e restrições. As situações relatadas são diversas: violência (verbal, psicológica e física), trabalho compulsório e análogo à escravidão, privação da liberdade, obrigatoriedade de participação em atividades religiosos, insegurança alimentar, dentre outras.

Os relatos evidenciaram a urgente necessidade de fiscalização destas instituições no cenário nacional, algo inexistente no relato dos entrevistados. Além disso, levando em consideração os métodos de trabalho empregados pelas CT's que andam na contramão da Reforma Psiquiátrica, problematizamos o fato delas serem financiadas pelo poder público.

As diversas situações relatadas apontam que as CT's facilmente se constituem em espaços de violações de direitos humanos, ao instituírem

regras que agridem o artigo 5.º da CF infringindo a inviolabilidade da liberdade, ao manter os sujeitos isolados; inviolabilidade da consciência, ao não permitir que os sujeitos manifestem seus pensamentos; e a inviolabilidade da crença ao impor exercício dos cultos e atividades religiosas.

Compreendemos que a proposta apresentada pelas CT's não pode ser incluída como “proposta de tratamento” voltada para garantir o cuidado aos usuários de drogas, considerando que pelas declarações dos entrevistados, a instituições se limitam a um espaço onde se cultiva a fé religiosa e o trabalho — sem remuneração — como forma de dignificação do homem e, no máximo, oferece um espaço de convívio de pessoas que partilham do mesmo sofrimento. Questionamos aqui a inclusão das CT's na rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como proposta de tratamento, o que lhe confere o direito de acionar recursos públicos destinados às políticas sociais.

Na disputa acirrada pelos recursos públicos entre propostas que são ideologicamente diferentes, defendemos o modelo de tratamento em liberdade, com uma equipe de profissionais, numa perspectiva em que o uso abusivo de drogas possa ser compreendido como uma questão de saúde — em uma interlocução com outros setores, como assistência social, educação, cultura — e não como uma questão moral.

Ressaltamos, contudo, que no que compete às situações das violências/violações, não podemos, devido ao tamanho da nossa amostra, generalizar as conclusões obtidas nesta análise para a totalidade das CT's brasileiras. Neste sentido, apontamos para a necessidade de pesquisas que possam reunir uma maior quantidade de egressos ou que possam acessar diretamente estas instituições.

Consideramos, por fim, que este material pode contribuir para a formulação e avaliação de políticas sociais que sejam mais condizentes com as necessidades dos sujeitos que fazem uso de drogas e que considerem os direitos humanos com balizadores de qualquer cuidado ofertado para este público. Pode também contribuir nas reflexões dos trabalhadores que operam na ponta dessas políticas, bem como dos usuários dessas instituições, a fim de que ambos não naturalizem os processos de “cuidado” em meio às práticas e teorias moralistas, conservadoras, padronizantes e autoritárias predominantemente presentes em nossa sociedade.

## Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. Os gêneros do discurso. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BARDI, G. **Entre a “cruz” e a “caldeirinha”**: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. 2019. 243f. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-graduação em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC n. 29**, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília (DF), n., p., 2011.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Brasília: SENAD. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 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). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília (DF), 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 131**, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), 2012.

BRASIL. **Resolução CONAD n. 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. **Decreto n. 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), 2019a.

BRASIL. Ministério da Cidadania/Gabinete do Ministro. **Portaria n. 562**, de 19 de março de 2019. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), 2019b.

CHAVES, E. M. S.; CHAVES, E. M. **Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais**. 2007. 89 f. Monografia (Pós-graduação *Latu Sensu* em Serviço Social) – Instituição Toledo de Ensino de Bauru. Bauru, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Quarta Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas/Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em comunidades terapêuticas – 2017**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

CONSTANTINIDIS, T. C. “Cabeça vazia, oficina do diabo”: concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 691-700, 2012.

GARCIA, M. L. T, SILVA, J. A. comunidades terapêuticas Religiosas de tratamento de Dependência Química no Estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 243-252, 2004.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. **Nota Técnica n. 21**. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, 2017.

LEAL, F. X.; SANTOS, C. C. M.; JESUS, R. S. de. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 423-436, 2016.

LIMA, R. C. C. Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? *In*: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. (orgs.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento**. Recife: UFPE, 2016. v. 1. p. 142-171.

LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. *In*: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).; SANTOS, M. P. G (orgs.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

MARX, K. **O Capital**. Crítica da Economia Política. São Paulo: Nova Cultural, 1985.



MARX, K. **Grundrisse**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: EdUFRJ, 2011.

MELO, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas. **Athenea Digital**, v. 16, n. 3, p. 379-399, 2016.

NATALINO, M. A. C. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. *In*: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

NEVES, L. F. B. **O combate dos soldados de Cristo na Terra dos Papagaios: colonialismo e regressão cultural**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1978. 175p.

OLIVEIRA, E. F. A. Análise do financiamento da política de saúde mental com base nos planos nacional de saúde e relatórios de gestão (2008-2015). *In*: GARCIA, M. L. T.; DENADAI, M. C. V. B. **Família, saúde mental e política de drogas: temas contemporâneos**. São Paulo: Annablume, 2018.

OLIVEIRA, E. F. A. A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira. **SER Social**, v. 24, p. 473-495, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração universal dos direitos humanos**. 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declaração-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>. Acesso em: 10 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU**. Comentário Geral 12. Genebra, 1999.

PINEL, P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (extratos sobre a mania e sobre o tratamento moral). **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano 7, n. 3, p. 117-127, 2004.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. *In*: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPEMÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 154-211.

TOTUGUI, M. L. *et al.* O crack: aspectos gerais da droga e abordagens terapêuticas no âmbito do SUS. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 93-101.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 51-60, 2003.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito capitalista**: Texto integral. 4. ed. São Paulo: Martin Claret, 2001.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS-AD. **Psic. Rev. São Paulo**, v. 22, n.1, p. 61-82, 2013.

# CAPÍTULO 10

## GASTOS COM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Fabiola Xavier Leal<sup>74</sup>

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira<sup>75</sup>

Giovanna Bardi<sup>76</sup>

Maria Lúcia Teixeira Garcia<sup>77</sup>

Mirian Cátia Vieira Basílio Denada<sup>78</sup>

Lara da Silva Campanharo<sup>79</sup>

### 1 Introdução

Os fenômenos que envolvem os usos diversos de drogas consideradas lícitas ou ilícitas são uma pauta recorrente no cenário mundial e brasileiro. Seja pela via dos possíveis problemas oriundos do consumo destas substâncias e, portanto, sobre as ofertas de cuidado para esse público; seja pela via das questões que envolvem o tráfico e as

<sup>74</sup> Docente no Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [fabiola.leal@ufes.br](mailto:fabiola.leal@ufes.br)

<sup>75</sup> Assistente Social. Doutora em Política Social pelo Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [eoliveiranjos@yahoo.com.br](mailto:eoliveiranjos@yahoo.com.br)

<sup>76</sup> Docente no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [giovanna.bardi@ufes.br](mailto:giovanna.bardi@ufes.br)

<sup>77</sup> Docente no Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [maria.garcia@ufes.br](mailto:maria.garcia@ufes.br)

<sup>78</sup> Docente no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [mirianbasilio@yahoo.com.br](mailto:mirianbasilio@yahoo.com.br)

<sup>79</sup> Assistente Social, mestranda do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Correio eletrônico: [laracampanharo@gmail.com](mailto:laracampanharo@gmail.com)

demandas decorrentes; seja pelo consumo; seja a partir das pautas do associativismo, dos movimentos sociais antiproibicionistas e antimani-comiais, entre outros aspectos.

Nessa complexidade dos fenômenos que envolvem o debate sobre as drogas, um vem se destacando no Brasil nas últimas duas décadas do século XXI — o crescimento de instituições denominadas comunidades terapêuticas (CT's). E com uma característica muito peculiar no território brasileiro – a organicidade dessas entidades com o campo religioso.<sup>80</sup> No Brasil, as CT's se apresentam como uma proposta de intervenção desde a década de 1960. Porém, se colocavam no cenário nacional de forma tímida até o final dos anos 1990. E aqui poderíamos elencar vários elementos das conjunturas política, econômica, social, cultural que dialeticamente contribuem para entendermos o crescimento dessas instituições, assim como o seu fortalecimento e a sua organização. Há, portanto, um cenário que propiciou e vem propiciando a consolidação dessas entidades, de certo modo, ainda que às avessas, sob o ponto de vista dos defensores do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira e das pautas antiproibicionistas.

Para nós é importante destacar a necessidade de assumirmos um ponto de partida para a análise dessas instituições e o que elas representam para as Políticas sobre drogas e saúde mental no país. Esse ponto deve ser, a nosso ver, a concepção de Estado e a sua função na produção e reprodução das relações sociais capitalistas, e, portanto, como essa engrenagem opera para a formatação das políticas sobre drogas nos contextos mundial e local. Sob a orientação do Paradigma Proibicionista no campo das drogas, o Estado brasileiro vem sedimentando um direcionamento fiel aos princípios desse modelo (DELMANTO, 2010).

A proibição, por princípio, é demarcada pelo cunho moralista como norteador das interpretações e conseqüentemente como viés condutor das políticas públicas (LEAL, 2021). Se considerarmos que desde os primórdios da humanidade, as drogas permearam os costumes e tradições, a

---

<sup>80</sup> Como exemplo dessa organização temos o surgimento da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso Nacional brasileiro que conta com a participação de parlamentares oriundos de diversas denominações religiosas evangélicas, que se uniram para zelar pela presença “da moral e dos bons costumes” na Constituição. Há ainda, desde 2011, uma Frente Parlamentar Mista em Defesa das CT's e das APACS (Associações de Proteção e Assistência aos Condenados). E duas federações que representam esses interesses: a Federação Brasileira das CT's (FEBRACT) e a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas Evangélicas (DENADAI, 2015).

condenação pelo uso/abuso sempre se deu pelo cunho moral e religioso. Além disso, historicamente coube também à Igreja a função desse “controle” (LEAL, 2021), e de modo especial na sociedade brasileira, que possui características culturais conservadoras e autoritárias (CHAUÍ, 2000).

Com o avanço do *neo-conservadorismo*<sup>81</sup> fundamentalista, esse discurso moralista que produz uma cruzada *antidroga* com a difusão das drogas como substâncias perigosas, destrutivas, “demoníacas” (VELHO, 1999) legitima as intervenções também conservadoras e ultrapassadas como internações forçadas, de longa permanência, com características asilares e de tolerância zero às drogas (lícitas e ilícitas). Que por consequência, forcem a abstinência total como única possibilidade, que segundo Pitta (2012), é oriunda da concepção religiosa sobre a relação homem-droga (ausência de fé e distanciamento dos preceitos religiosos), sendo a dependência das drogas vista como um pecado que deve ser tratado e extirpado da vida da pessoa (GARCIA; SILVA, 2004). Também é preciso considerar que essas instituições crescem num vazio de alternativas oficiais de redes de atenção com serviços públicos em período integral (PITTA, 2012), sendo isso resultado de um projeto em curso de desmonte do SUS e das demais políticas públicas.

Nesse contexto, as instituições de caráter confessional como as CT’s ganham espaço e se fortalecem. Ainda que estejam acompanhadas de denúncias de violação aos direitos humanos mais básicos (IPEA, 2017; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018), se organizam simbioticamente com o Estado.

A partir de 2011, as CT’s passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país (BRASIL, 2011), incluídas na normativa à fórceps. As organizações representativas dessas instituições acessam o Legislativo e o Executivo nacional, assumem cadeiras nos espaços de controle social e fazem o *lobby* necessário para a validação e reconhecimento legal e jurídico na assistência aos usuários de drogas. Abocanham boa parte dos recursos do Fundo Nacional de drogas, gerenciado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), assim como acessam recursos dos Ministérios da Saúde e da Cidadania. E juntamente com as clínicas

---

<sup>81</sup> O conservadorismo encontra-se em uma fase de reatualização ampliada nas diversas esferas da vida social. Sua forma “clássica” continua a marcar as versões contemporâneas do conservadorismo (NETTO, 2011).

psiquiátricas privadas, constituem a aposta governamental com recursos públicos, seja por meio de convênios diretos com a SENAD, ou compras de leitos pelo SUS, ou ainda por meio de medidas judiciais. Em levantamento realizado pela SENAD em 2007, a maioria das instituições de tratamento atuando no território brasileiro já era classificada como CT (38,5 % da amostra) (BRASIL, 2007).

Esse crescimento se dá em um contexto de expansão das igrejas pentecostais, as quais são as principais condutoras das CT's religiosas no Brasil.<sup>82</sup> A Igreja, ao assumir o papel de difundir ideologias que fortaleçam a subalternidade de amplas camadas de classe, para Gramsci (1999), fornece os principais elementos do senso comum estabelecendo-se como uma potência ideológica sobre essas classes.

A partir desse panorama, este artigo se propõe em apresentar dados e reflexões sobre o financiamento público das comunidades terapêuticas no estado do Espírito Santo. O objetivo é analisar os gastos públicos da Política estadual sobre drogas para o financiamento das comunidades terapêuticas de 2013 a 2020, visando compreender a correlação de forças no campo dessa política na disputa pelos recursos. Adotamos como ponto de partida para a realização destas reflexões a ideia que o campo da política configura-se como um espaço de disputas entre interesses antagônicos, sendo o campo das drogas um microcosmo de uma disputa que é atravessada por múltiplos interesses e lutas desde a concepção à sua execução (DENADAI, 2015).

Isso posto, buscamos traçar essas discussões em três tópicos, sendo o primeiro uma problematização sobre as CT's no Brasil e as disputas em jogo; no segundo apresentamos o contexto estadual da política sobre drogas capixaba e por último, os resultados e discussões a partir dos dados coletados.

Como procedimentos metodológicos, utilizamos a pesquisa documental de abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada no Portal da Transparência do Espírito Santo<sup>83</sup>, nas atas do Conselho estadual sobre

<sup>82</sup> Dados do IBGE (2010) indicam um crescimento da população evangélica no Brasil (passou de 15,4 % para 22,2%), significando um aumento de 6,8 % nos últimos dez anos no país.

<sup>83</sup> Cf.: ESPÍRITO SANTO, s.d. 1.º) Ícone consultas, localizar Despesas e Repasses; 2.º) em Despesa, selecionar o ano desejado e preencher os campos indicados nos níveis 1, 2 e 3, função-ação-favorecido; 3.º) com a lista que o sistema disponibiliza, realizar o download para organizar uma base de dados a partir de planilhas no Excel com as informações das despesas realizadas; 4.º)

drogas (COESAD) e nos Editais de Credenciamento publicados no *Diário oficial do Governo do Espírito Santo*. O recorte temporal de 2013 a 2020 se deu, por ser o primeiro ano da implementação do Programa Rede Abraço — específico para financiamento das CT's por meio de Edital — e também por ser a partir desse ano que os dados estão disponíveis para acesso.

Essa série histórica mostra os pagamentos realizados pelo governo estadual das internações de pessoas que usam drogas e/ou com demandas psíquicas, realizados com recursos do Fundo estadual sobre drogas (FESAD). Para a análise dos dados qualitativos utilizamos análise de conteúdo proposto por Bardin (2004). Para os dados quantitativos utilizamos como a análise estatística descritiva com medidas de tendência central. Os dados foram organizados cronologicamente e por instituições beneficiadas.

## **2 As Comunidades Terapêuticas Brasileiras na Contramão da Reforma Psiquiátrica**

Apesar das críticas e denúncias que rondam o espraiamento das CT's no território nacional, diversos documentos que fortaleceram essas instituições no país foram publicados nos últimos anos, como por exemplo: a Portaria n. 131/2012, que instituiu financiamento para as CT's ; a Resolução n. 01/2015 do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), que regulamentou as CT's no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); as Portarias n. 834/2016 e n. 1482/2016, que permitiram às CT's solicitarem isenção de tributos por meio da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) na área de saúde e serem incluídas na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); dentre outros.

Mais recentemente, o atual governo instituiu o Decreto n. 9.761 de 2019, que revogou a Política Nacional sobre drogas (PNAD) (realinhada em 2005) estabelecendo uma outra proposta para essa Política Nacional. A qual define que as ações, programas, projetos de cuidados, prevenção e reinserção social deverão visar a abstinência em relação ao uso de drogas

---

Selecionar - Estruturação e gestão do sistema estadual de política sobre drogas (Fonte 599), o resultado apresenta os valores pagos pelo Fundo estadual sobre drogas com as informações sobre as instituições; 5.º) A partir disso, montou-se uma série histórica dos gastos referente aos anos estudados – 2013 a 2020. Disponível em: <https://transparencia.es.gov.br/>

(BRASIL, 2019), o que coloca as CT's em destaque, passando as mesmas a desempenhar um papel central, com previsão de mais investimento. Essa aprovação representa um retrocesso não só em relação às estratégias de Redução de Danos, uma vez que a normativa enfatiza, ao longo dos seus artigos, as políticas de abstinência e a manutenção da tendência criminalizadora e repressiva. Além disso, ratifica o retrocesso nas conquistas históricas da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao eleger um tipo de instituição manicomial, que prevê internação prolongada e privação de liberdade dos indivíduos, como referência na rede de serviços (BARDI, 2019). Com isso, prevalece o tratamento moral com base na laborterapia e na filantropia religiosa uma vez que 82 % das CT's no território nacional estão vinculadas às igrejas, notadamente as de matriz cristã (IPEA, 2017). Em algumas CT's há imposição de uma rígida rotina de orações e obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Segundo levantamento do IPEA em 2017, das vagas ofertadas à época, 41 % correspondiam às CT's de orientação pentecostal. Já as instituições católicas ofertavam 26 % das vagas e as que se declaram sem orientação religiosa ofereciam 19 % das vagas. E 5 % das vagas eram ofertadas pelas instituições de orientação evangélica de missão. As CT's que mencionaram vincular-se a outras religiões, que não as mencionadas no questionário do IPEA, ofereciam 9% das vagas distribuídas no território brasileiro (IPEA, 2017).

Complementando as informações, o Relatório do Conselho Federal de Psicologia de 2018 apontou que as CT's estavam, geralmente, em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões — em alguns casos, também de vigilantes, que regulam a saída do estabelecimento. Muitas, inclusive, recorriam à punição em caso de tentativa de fuga. Em 16 instituições foram identificadas práticas de castigo e punição a internos, como obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, perda de refeições e violência física. Também foram identificadas em dez instituições, práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). O IPEA também citou sanções similares como a suspensão de contatos telefônicos com familiares e amigos (praticada por 22 % das instituições); o aumento temporário das atividades de



laborterapia (mencionado por 16 %); e o afastamento temporário dos demais acolhidos (mencionado por 7,5 % das entidades) (IPEA, 2017). Outro aspecto importante é o fato de que as CT's brasileiras são pouco fiscalizadas, mesmo quando recebem recursos públicos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Com relação ao financiamento dessas instituições, os dados do IPEA (2017) apontaram que há uma diversificação de formas pelas quais são angariados recursos: financiamentos oficiais; recebimento de doações de alimentos, roupas e cestas básicas; realização de atividades beneficentes; e vendas de produtos fabricados em seu interior, dentre outras estratégias. Sobre as estratégias de financiamento não oficiais, 75,4 % dos locais recebiam doações de pessoas que apoiavam a causa, 66,6 % recebiam contribuições voluntárias dos familiares dos internados, 63,5 % recebiam doações de igrejas e demais instituições religiosas e 6,1 % recebiam doações de entidades internacionais. Sobre os financiamentos oficiais, 25 % do total de Comunidades existentes à época recebiam recursos públicos (IPEA, 2017). E essa transferência de recursos se ampliou no governo Bolsonaro em março de 2019, por meio de dispensa de licitação, na qual 496 CT's assinaram contratos com o Ministério da Cidadania (216 eram novos contratos e os demais eram renovações).

Esse financiamento federal das Comunidades iniciou em 2011 através do *Programa Crack, é possível vencer*, que integrava o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* (BRASIL, 2009), imposto pelo discurso contra o *crack* iniciado no Congresso Nacional em 2010,<sup>84</sup> que ganhou centralidade na Política de Saúde Mental e fortaleceu as CT's. Abriu-se no Congresso Nacional uma série de discussões políticas em torno não só da legitimidade, mas da hegemonia do modo de tratamento de pessoas em uso abusivo de drogas que as CT's oferecem (DENADAI, 2015). Com a inclusão das CT's na Política Nacional sobre drogas (PNAD), essas se tornaram elegíveis a receberem subsídios públicos e benefícios fiscais, integrando oficialmente a rede pública de atenção e cuidado a usuários de drogas. Os estados e municípios passaram também a repassar recursos públicos para essas instituições (BRANDÃO; CARACHO, 2019).

---

<sup>84</sup> Organizou-se no Congresso Nacional, em nome do combate ao *crack*, uma Frente Parlamentar *Anticrack*, que chegou a ter mais de duzentos parlamentares (DENADAI, 2015).

Nos últimos anos, portanto, observa-se a influência que as CT's passaram a desempenhar no âmbito das políticas sobre drogas e, em contrapartida, a significativa estagnação de investimento em equipamentos e iniciativas antimanicomiais focadas na redução de danos e na intersectorialidade com as políticas de Assistência Social, Educação, Esporte, Lazer e Habitação, entre outras, voltadas para prevenção do uso das drogas e cuidado das pessoas no território (BRANDÃO; CARACHO, 2019).

Em âmbito nacional, no primeiro ano do governo Bolsonaro (2019), o Ministério da Cidadania repassou aproximadamente R\$ 150,5 milhões a 487 CT's contratadas em diversos estados brasileiros, como demonstrado no *Mapa Virtual de Comunidades Terapêuticas*.<sup>85</sup> A quantidade de vagas financiadas pelo Governo Federal nessas entidades cresceu de 2,9 mil em 2018, para aproximadamente onze mil em 2019, com expectativa de vinte mil vagas em 2020.<sup>86</sup> O custeio dessas vagas retira do fundo público R\$ 300 milhões para financiar os contratos. Segundo o Ministério da Cidadania, o valor projetado para o financiamento em 2021 supera o orçamento anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>87</sup> (R\$ 158 milhões em 2020). Ou seja, entre 2018 e 2019 o número de vagas financiadas com dinheiro público mais que triplicou e a expectativa de gastos com essas entidades duplicou em relação a 2019.

É nesse cenário que permanece o tensionamento que as CT's fazem pela disputa dos recursos públicos e nessa esteira, as disputas de concepções no interior das Políticas de Saúde Mental e sobre drogas. O explícito modelo de "tratamento" que ofertam, nega os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e retomam a lógica manicomial que se busca superar desde as décadas de 1970/1980. E, aqui neste artigo, portanto, buscamos mostrar esse tensionamento no estado do Espírito Santo, onde o Governo caminha redirecionando o investimento em uma Rede paralela ao SUS, em consonância com a gestão da Política do Governo Federal.

<sup>85</sup> Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-ma-pa-virtual-de-comunidades-terapeuticas-no-brasil>. Esse mapa contém a localização de todas as CT's cadastradas junto ao governo Federal, oferecendo sua localização e contatos, bem como os recursos aportados nessas instituições.

<sup>86</sup> Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/cuidados-e-prevencao-as-drogas>.

<sup>87</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministro-da-cidadania-e-senapred-buscam-ampliacao-de-orcamento-para-vagas-nas-comunidades-terapeuticas>

### 3 A Política Sobre Drogas no Espírito Santo

O estado do Espírito Santo, situado na região sudeste do país é constituído por 78 municípios e recentemente está dividido em três regiões de saúde (Central/Norte, Metropolitana e Sul), segundo a Resolução n. 153/2020 da Comissão Intergestores Bipartite. Possui uma população, estimada pelo IBGE, em 2020, de 4.064.052 pessoas (IBGE, 2020). Quanto ao uso de substâncias psicoativas estimou-se em 2015, a partir do *Terceiro Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas*,<sup>88</sup> realizado pela Fiocruz, que 2,6 % da população brasileira entre 12 e 65 anos (3.976 milhões de pessoas), apresentavam prevalência de uso de álcool e pelo menos uma substância ilícita. Ao projetarmos essa estimativa para a realidade do Espírito Santo, aproximadamente 106 mil pessoas estavam em consumo de álcool e pelo menos uma substância ilícita, podendo em algum momento da vida necessitar de algum tipo de atendimento em decorrência do uso das drogas. Desse período até agora não temos um levantamento mais recente que possa apontar nova projeção, principalmente se considerarmos o contexto pandêmico.

No caso das internações no ES, os dados de 2018 apontavam que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas ocupavam o 3º lugar entre as internações (SESA, 2018). De acordo com a Secretaria estadual de Saúde (SESA), essas internações em instituições psiquiátricas apresentam tendência de queda nos últimos dez anos. No entanto, no que se refere às internações compulsórias pelo consumo de substâncias psicoativas, vem aumentando desde 2014. E nesse cenário, presenciamos também o crescimento das clínicas psiquiátricas e CT's no território capixaba (LEAL, CAMPANHARO, 2021).

Nesse contexto de expansão de CT's e aumento do financiamento público para essa modalidade de serviço, é preciso destacar que o Espírito Santo se caracteriza pela presença significativa de evangélicos pentecostais, comparado a outros estados brasileiros, e também correntes de evangélicos de missão, devido à forte influência da colonização de origem alemã na região (IBGE, 2010). Dada a característica religiosa no estado, as CT's sempre mantiveram uma relação com o aparato estatal (GARCIA; SILVA, 2004).

<sup>88</sup> Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD\\_PORTUGU%-c3%8aS.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%-c3%8aS.pdf).

E em 2013, o Governo estadual à época<sup>89</sup> reformulou a Política sobre drogas, instituindo por meio de Resolução n. 01, do COESAD, um *Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas*, conhecido como *Rede Abraço*, que foi apresentado como a alternativa da gestão para “ampliar a oferta de oportunidades de recuperação de dependentes químicos e apoio às famílias” (ESPÍRITO SANTO, 2013). Na gestão posterior,<sup>90</sup> a proposta do Programa se manteve no seu objetivo principal - que era financiar as CT's - embora tenha o nome alterado para *Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV)*, que criou um *Centro de Acolhimento ao Dependente Químico*, com um fluxo de atendimento para as CT's.

Essa lógica hegemônica que permeou a Política estadual sobre drogas nos últimos 8 anos se manteve e, em 2019, retoma o nome original — *Rede Abraço* — demarcando a influência permanente de grupos religiosos no Executivo capixaba. Esse projeto, portanto, de financiamento direto das CT's se solidifica com o *Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD)* assentado como a porta de entrada para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares em uma dinâmica paralela a RAPS instituída pela SUS. A dinâmica de ingresso no CAAD prevê o atendimento aos usuários por uma equipe formada por médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem e monitores em dependência química. O funcionamento do Centro é de oito horas por dia, de segunda a sexta-feira, sendo os usuários atendidos por demanda espontânea.<sup>91</sup>

Outra característica da Política sobre drogas capixaba estadual é que as pautas da saúde mental são discutidas no Conselho de saúde e instâncias correspondentes e as pautas relacionadas às drogas estão colocadas no COESAD, de modo que se apresentam desarticuladas, ou seja, não há um diálogo profícuo entre as Secretarias envolvidas (Saúde e Direitos humanos). Há uma dissociação dos debates e deliberações, de modo que ações de prevenção, cuidado e controle seguem dissociadas e fragmentadas, seguindo a mesma lógica dos embates no Governo federal.

No âmbito legislativo estadual, há uma comissão para discutir a políticas sobre drogas, a qual é formada majoritariamente por deputados vinculados às instituições religiosas e que tem pautado o tema a partir

<sup>89</sup> Governador José Renato Casagrande (PSB). Mandato 2011-2015 e mandato 2019 – em exercício.

<sup>90</sup> Governador Paulo César Hartung Gomes. Primeiro mandato: 2003-2007 (PSB). Segundo mandato: 2007-2011 (PMDB). Terceiro mandato: 2015-2019 (PMDB).

<sup>91</sup> Cf.: <https://sedh.es.gov.br/centro-de-acolhimento-e-acao-integral-sobre-drogas-caad>

de uma perspectiva moral e conservadora, uma vez que os discursos e os textos normativos refletem a intolerância ao uso e uma direção no sentido de eliminação da substância, e não sobre os processos sociais, econômicos, políticos e culturais que levam as pessoas a usarem as mesmas (DENADAI, 2015). De acordo com um levantamento realizado pelo *Fórum Metropolitano sobre drogas*<sup>92</sup> em 2017, sobre as leis estaduais no Espírito Santo que abordam o tema das drogas no período de 2005 a 2017, verificou-se a existência de 32 legislações, as quais apresentam caráter preventivo, repressivo ou institucional, permeadas pelo discurso conservador, moralizador e preconceituoso, próprio do paradigma proibicionista.

Em contraposição a esse conservadorismo, temos no cenário estadual três movimentos sociais atuantes na área: o Núcleo estadual da Luta antimaniacomial (desde 1987), o Fórum capixaba em defesa da saúde pública (desde 2012) e o Fórum Metropolitano sobre drogas (desde 2013).<sup>93</sup> Ainda no campo da resistência, formou-se no Legislativo estadual uma *Frente Parlamentar em defesa da Reforma Psiquiátrica*, que tem realizado alguns eventos e audiências públicas. Todavia, observa-se que essas formas de resistência presentes no cenário político do Espírito Santo ainda não são capazes de estabelecer uma nova hegemonia no campo da política de drogas estadual.

Isso posto, apresentamos, a seguir, os resultados e reflexões, tomando por base os dados sobre os gastos públicos da política estadual sobre drogas do Espírito Santo.

#### 4 Rede Abraço no Espírito Santo: o que os braços abraçam?

Ao analisarmos os gastos públicos da Política estadual sobre drogas, a partir da implementação do *Programa Rede Abraço*, verificamos que desde a sua criação em 2013 as gestões estaduais privilegiaram o financiamento privado de CT's religiosas como proposta de tratamento de pessoas em

<sup>92</sup> Esse Fórum é um movimento social existente desde 2009 no Espírito Santo e realizou esse levantamento para apresentar em uma audiência pública na Assembléia Legislativa do estado. Essas informações constam em ata de reunião do Fórum.

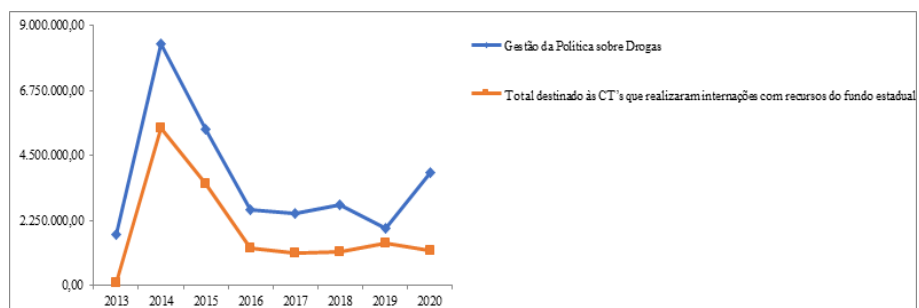
<sup>93</sup> Um exemplo que demonstra a importância dos espaços de participação, como as conferências, é que na IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2010 houve amplo repúdio dos participantes (usuários, familiares e profissionais) à proposta de pensar na regulamentação para fiscalização das CT's, uma vez que esse espaço não era admitido como um serviço que deveria compor a RAPS, por sua natureza manicomial.

uso/abuso de álcool e outras drogas. Essa direção assumida na condução dessa Política vem se constituindo como uma oferta de atendimento paralelo à RAPS, ainda que tenha um discurso por parte dos gestores de uma proposta de integração à Rede do SUS. Com a entrada das CT's no centro dessa Política estadual, há a garantia de financiamento público oriundo do Fundo estadual sobre drogas (FESAD), pelo qual os serviços de saúde não têm acesso ou garantia de ações articuladas.

Tal estratégia resultou no aumento de demandas por internações por uso de drogas e, conseqüentemente, na ampliação de aberturas de vagas em CT's que se colocaram na disputa pelo fundo público juntamente com as clínicas psiquiátricas, por meio dos editais de financiamentos destinados às internações voluntárias e involuntárias.

A implantação desse Programa demandou a definição da ação orçamentária (n. 6854, que trata do apoio à implantação e implementação das instituições que atuam na área de dependência química), prevista para garantir o pagamento das internações realizadas nas CT's credenciadas por meio dos Editais lançados anualmente, os quais preveem contratos diretos com as instituições, com orçamento anual específico, como mostra o Gráfico 1.

**Gráfico 1:** Recursos da Política sobre drogas X montante destinado à internação em comunidades terapêuticas (2013-2020)



Fonte: PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2020.

O Gráfico 1 demonstra que, em 2013, o montante destinado às instituições foi o menor no período estudado (5,29 %). Esse foi o ano de lançamento do *Programa Rede Abraço* (junho/2013), quando também foi lançado o primeiro Edital para credenciamento das CT's,

que permaneceu aberto por tempo indeterminado<sup>94</sup> e nesse mesmo ano oito CT's entraram na disputa pelo fundo público estadual. Em 2014 houve um aumento abrupto dos gastos públicos com a gestão dessa Política, sendo esse gasto proporcional ao aumento do financiamento das CT's, demonstrando a prioridade para as internações em detrimento de possibilidades ambulatoriais. Vale notar que esse aumento ocorreu um ano após a abertura do 1º Edital (Nº 001/2013 - SEG/CESD) e último ano da gestão do governo liderado por Renato Casagrande.

Outra informação que podemos apontar a partir dos dados desse Gráfico é que esse recurso declarado para a gestão dessa Política estadual não considera o pagamento dos recursos humanos envolvidos nas ações/serviços. Ou seja, não há, nesses valores, o dispêndio de recursos para pagamento de pessoal através do FESAD.<sup>95</sup>

Em síntese, os recursos de 2014 destinados à gestão da Política sobre drogas no Espírito Santo aumentaram em quase 400% em relação ao ano de 2013, assim como também aumentou o número de CTS credenciadas (sendo oito em 2013; 17 em 2014; e oito em 2020). Em 2014 foram destinados R\$ 8.343.561,23 às CT's, o que representou 65,24 % do montante destinado à gestão da política. Esse foi o ano com maior número de instituições credenciadas. Já entre os anos de 2015 e 2019, observa-se redução na habilitação das CT's e dos gastos por meio dos Editais.

Porém, apesar dessa tentativa de redução, constata-se que no ano de 2020 o governo manteve, com tendência crescente, os recursos destinados à gestão da Política sobre drogas, retomando uma lógica de ampliação da oferta de vagas nas CT's.<sup>96</sup>

<sup>94</sup> Disponível em: <https://eshoje.com.br/rede-abraco-projeto-vai-ajudar-na-recuperacao-de-dependentes-quimicos/>

<sup>95</sup> Vale apontar que a remuneração dos trabalhadores foi custeada com recursos da Vice-Governadoria, quando esse gabinete geriu a política sobre drogas, ou da SEDH e principalmente, da Secretaria de estado da Saúde (SESA). O Centro de referência para atendimento dessa política é mantido com servidores contratados pela SESA desde 2013, quando foi promulgada uma lei complementar que criou 47 vagas profissionais de nível superior e 29 cargos comissionados, para atuarem na CESD e no Centro de atendimento. Desde então, esse recurso não entra na somatória do recurso do FESAD, o que indicaria, portanto, que o recurso da Política sobre drogas é maior do que declarado pela gestão, fato que dificulta a compreensão de sua totalidade.

<sup>96</sup> Em agosto de 2021 o atual governo estadual ampliou o número de vagas para as CT's de duzentas para quatrocentos, por meio do Edital de Credenciamento SEDH/SES, n. 01/2021. Disponível em: [diario\\_oficial\\_2021-08-24\\_completo.pdf](#).

Cabe ainda mencionar que essas mudanças no campo da Política sobre drogas estadual nesse período se deram em um contexto nacional de correlações de forças também favoráveis ao financiamento público para entidades privadas. Desde o ano de 2006, a relação entre o Executivo e o Legislativo nacional vem sendo marcada por disputas e tensões em torno da temática droga e suas repercussões. Lembrando o auge da disputa em torno do “*fenômeno crack*” no período de 2008 a 2010, sendo pauta governamental e integrando as disputas eleitorais. O cenário colocou para o governo da Presidente Dilma (2011-2016) a direção hegemônica presente na política de drogas dos governos anteriores, no sentido de priorizar ações tanto para o aumento da repressão ao tráfico de drogas, quanto para o atendimento de usuários de *crack*<sup>97</sup> via o financiamento das CT’s (DENADAI, 2015).

Registrou-se nesse período um apelo midiático e social<sup>98</sup> por ações imediatas e generalizadoras na atenção no campo das drogas principalmente com relação ao *crack*, influenciando a atuação governamental estadual, em detrimento das ações de prevenção, por exemplo. Desde 2009, presenciamos a (re)produção de ideias como *epidemia de crack*, *cracolândias* e *zumbis*, que desencadearam ações de limpeza de territórios específicos, afastando estes os sujeitos dos espaços de grande circulação de pessoas. Cada vez mais, ganhou força na sociedade uma proposta que consiste em abordar, recolher e “tratar” as pessoas que consomem drogas a partir de uma perspectiva que prevê a abstinência total como única meta, de modo simplista e simplificado (LEAL, 2021).

De 2013 a 2020, identificamos 26 entidades que receberam recursos, com justificativa de se enquadrarem nas exigências como CT’s. Quanto à origem, foram criadas principalmente após o ano 2000 (66 %). Somente duas são mais antigas, uma da década de 1980 e uma da década de 1990. Destacamos a presença de uma instituição criada recentemente em 2019, e

<sup>97</sup> Dados do Relatório anual da gestão de 2014 demonstraram que a ênfase era direcionada para as ações do *Programa Crack, É Possível Vencer*, em especial, nos eixos: cuidado e prevenção (SENAD, 2015). No entanto, dados do III Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pela FIOCRUZ apontam que não se tratava de uma epidemia de uso de *crack*.

<sup>98</sup> Como exemplo, podemos observar o alarde vinculado a existência de *cracolândias* no estado do Espírito Santo a partir da reportagem exibida pelo jornal globo online: Disponível em: <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2014/01/grande-vitoria-tem-20-cracolandias-listadas-pelas-prefeituras.html>



as demais surgiram no recorte temporal dessa pesquisa (entre 2013-2019). Dessas instituições, oito já apareciam em pesquisa realizada em 2014 que analisou o perfil das entidades existentes no Espírito Santo (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). Importante frisar que há uma dificuldade em localizar informações mais detalhadas sobre essas entidades. Algumas possuem redes sociais e sítios virtuais, mas uma parte delas não disponibiliza informações públicas que nos permitem identificar o que é feito pela instituição. Outro aspecto é que há, em alguns casos, uma exposição por meio de fotos nas redes sociais, das pessoas internadas.

Quanto ao recebimento dos recursos, somente uma comunidade, *Comunidade Terapêutica Miguel Arcanjo*, recebeu por todos os oito anos estudados e um instituto, *Instituto de Consciência Antidrogas (ICAD)*, por sete anos.<sup>99</sup> As demais, 38,5 % receberam por dois anos (dez CT's); 19,2 % por um ano nove (cinco CT's); 15,4 % por três anos (quatro CT's), 11,5 % por quatro anos (três CT's) e 7,7 % por dois anos (dois CT's). Mesmo diante desse dado, não é possível saber o número de internações que esses recursos representam, ou seja, não temos a informação de quantas pessoas passaram ao longo dos anos por essas entidades, quem são essas pessoas (gênero, idade, raça, etc.), qual a qualidade do serviço prestado, quantos atendimentos profissionais foram realizados e, sobretudo, qual o impacto dessas internações na vida dos sujeitos alvo desse confinamento. Perseguir, portanto, o percurso desse gasto estadual não nos leva a responder questões fundamentais para entender o fenômeno estudado. Algumas lacunas estão postas e carecem de ser compreendidas à luz de uma análise crítica e desveladora dessa realidade social.

Quanto ao tempo de “tratamento” previsto por essas entidades, varia entre seis e nove meses. São instituições vinculadas a grupos religiosos e se denominam com nomes que indicam a presença de pensamento mágico religioso (*como Bom Samaritano, Caminho de Luz, Renascer em Cristo, Resgatando vidas, etc.*). Essas características condizem com os dados encontrados pelo IPEA - 82 % das CT's no cenário nacional, encontram-se vinculadas às igrejas e organizações religiosas, notadamente as de matriz cristã (IPEA, 2017). Também identificamos dirigentes dessas instituições

<sup>99</sup> A *Comunidade Terapêutica Miguel Arcanjo* está localizada no município de Viana, na região metropolitana do estado, recebeu por oito anos o valor de R\$ 1.719.854,69. E o ICAD está localizado no município de Afonso Cláudio, interior do estado, recebeu por sete anos o valor de R\$ 1.786.067,11.

que ocuparam cargos de gestão na Política sobre drogas e articulados com o legislativo estadual.

O que nos leva a muitas perguntas sobre as disputas no campo das políticas sobre drogas e saúde mental. Estão em jogo desde os modelos explicativos sobre o uso de drogas na sociedade como as perspectivas sobre quem, como e quando o Estado deve (ou não) financiar instituições de caráter asilar como essas. Portanto, outras questões requerem ser exploradas na complexidade desse fenômeno, como “Quem ganha e quem perde com esse processo de alocação de recursos públicos?”

Esse embate comparece ao longo do período estudado e está expresso nas reuniões do COESAD.<sup>100</sup> Mediante leitura das atas e de uma participação ativa nesse espaço de controle social, os tensionamentos e pressões estão postos e vem desafiando os defensores da Reforma Psiquiátrica. Observamos nesse período que houve uma defesa pela necessidade de regulação e monitoramento dessas instituições e que os encaminhamentos relacionados ao gerenciamento dessas CT's financiadas, pudessem decorrer de deliberações do Conselho. Tal posicionamento resultou em maior constância das prestações de contas dos recursos do FESAD utilizados de forma mais rigorosa e transparente, bem como das ações/atividades realizadas, número internações, acompanhamento dessas internações, etc. A partir disso, identificamos o descredenciamento de algumas entidades pelo não cumprimento de requisitos mínimos e por não apresentarem adequações nos prazos estabelecidos.

Sobre a localização das 26 CT's: quinze estão em municípios da Região Metropolitana (cinco em Cariacica, três em Vila Velha, um em Viana, um em Serra, um em Guarapari, um em Domingos Martins; um em Afonso Cláudio, um em Aracruz e um em Santa Maria de Jetibá); cinco na região sul (um em Marataízes, um em Piúma, um em Itapemirim, dois em Mimoso do Sul); cinco na região Central/Norte (um em Sooretama, um em Nova Venécia, um em São Mateus e dois em Linhares) e um em São Paulo.

Observamos que a maior parte dessas instituições está localizada na Região Metropolitana, onde se concentra o maior número de dispositivos assistenciais tanto da RAPS quanto das outras áreas de atenção, mas também a Região que concentra maior parte da população capixaba.

<sup>100</sup> O Grupo Fênix (no qual integram as pesquisadoras deste artigo) está representando a Universidade Federal do Espírito Santo no Conselho estadual sobre drogas desde 2009.

Essa região também concentra os municípios de grande e médio porte com maior capacidade assistencial instalada e com uma trajetória mais consolidada na composição da rede de atenção, mas, insuficiente para dar conta das demandas no cuidado em saúde mental. A região Central/Norte é a que possui a menor concentração de dispositivos assistenciais tanto no campo da saúde mental, como nas demais áreas.

Vale destacar que a RAPS no Espírito Santo ainda se constitui com um número de serviços assistenciais abaixo da cobertura necessária e pactuada,<sup>101</sup> conforme dados da SESA. Atualmente está constituída por:<sup>102</sup> dez Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT); dezesseis CAPS I, dez CAPS II, um CAPS III, cinco CAPS-AD II, um CAPS-AD III, quatro CAPSij, sessenta leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oitenta leitos psiquiátricos, dezenove serviços residenciais terapêuticos e nove equipes de Consultório na rua. Além de insuficientes, os serviços encontram-se dispostos formando vazios assistenciais em algumas regiões.

Esse cenário de uma rede assistencial insuficiente para o atendimento da demanda em saúde mental resulta na sobrecarga dos serviços existentes, dificuldades de acesso à rede (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021) e na abertura para a entrada de serviços não planejados e não defendidos por gestores e profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica. As entidades como as CT's acabam por se apresentarem como alternativas assistenciais, contrariando as diretrizes da Reforma e da Lei n. 10.2016/2001.

Chamamos a atenção para a disputa entre modelos interpretativos que orientam o cuidado voltado para as pessoas que consomem substâncias psicoativas. De um lado, a perspectiva de Redução de Danos (RD) como a principal alternativa no campo da atenção, pois considera aspectos bioéticos que compreendem a relação entre atenção à saúde e consumo de drogas numa visão mais ampla, de promoção de direitos. Essa concepção nos serviços da RAPS, traz para os espaços de intervenção e acadêmico

<sup>101</sup> Como exemplo há um déficit de 115 leitos para a saúde mental em hospitais gerais; déficit de 45 CAPS em várias modalidades, entre outros serviços. É preciso destacar que também há uma dificuldade de identificar um parâmetro de cobertura de alguns serviços previstos na RAPS no estado, considerando que os próprios dados da SESA se apresentam de forma desarticulada e fragmentada.

<sup>102</sup> Conforme informações disponibilizadas pela Área Técnica de Saúde Mental da SESA no Documento Orientador para a Conferência estadual de Saúde Mental a ocorrer em 2022.

o debate sobre a antiproibição das drogas, entre outros temas mais progressistas. E de outro lado, a proposta de abstinência sustentada pela atual *Política Nacional sobre Drogas* (Decreto n. 9.761 de 2019), baseada nas perspectivas conservadora, criminalizadora, autoritária e repressiva em relação ao uso de drogas. Tal proposta elege as CT's como estratégia e referência de cuidados às pessoas que consomem drogas, com base na concepção de que os sujeitos usuários de drogas são incapazes de se adaptar às normas e regras sociais e, por isso, devem ser tutelados até que se adaptem (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

Por fim, apontamos que os *braços* públicos no Espírito Santo têm abraçado uma lógica que mantém os gastos com as CT's e, assim, acabam por denunciar que um conjunto de recursos poderiam ser direcionados para os serviços assistenciais antimanicomiais do Sistema Único de Saúde. E que esse redirecionamento do recurso público se coloca disponível de forma equivocada para entidades religiosas que estão no limbo das definições – ora se configuram como equipamentos de saúde, ora assistenciais, a depender dos interesses e necessidades de captar recursos públicos. O Espírito Santo segue uma lógica nacional de apoio e reconhecimento dessas entidades religiosas, seja no âmbito executivo quanto no legislativo.

## 5 Considerações Finais

A análise dos gastos públicos com a política estadual sobre drogas, voltados para o financiamento das CT's, desnudou disputas entre interesses antagônicos no campo das políticas de saúde mental e sobre drogas. O antagonismo se expressa, por um lado, pelos interesses das instituições privadas, que se colocam na disputa pelo fundo público mantendo um discurso de alternativa de serviços assistenciais e sustentado em um modelo de tratamento moralista e punitivo que perpetua a lógica social conservadora. Por outro, os interesses dos grupos que se colocam em defesa das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, exigindo a presença do Estado na formulação e execução da política social e sua responsabilidade no provimento de cuidado à população, com perspectiva democrática e participativa na gestão da política. E anterior à disputa do recurso público, também está a disputa no campo ideológico de concepções sobre o reconhecimento do direito das pessoas decidirem sobre como desejam se relacionar com as drogas.

Constatamos por meio da análise dos gastos que os *braços* do Estado capixaba abraçam literalmente a “nova” Política Nacional de Saúde Mental (Decreto n. 9.761/2019), que nega a possibilidade de um cuidado pautado na redução de danos. Decreto esse que vem sendo gestado no cenário político desde 2006 com a aprovação da Lei n. 11.343/2006, que fortalece a visão proibicionista no campo das drogas.

No campo das disputas, a análise que seguiu no levantamento feito aqui, ainda desnudou os limites postos aos espaços de controle e participação social, como temos assistido em todas as políticas sociais. Obviamente que um projeto contra hegemônico no campo das drogas não se limita e se configura nos espaços formais do controle social instituídos desde 1988, porém, esses espaços ainda são importantes para apresentarem as contradições e tensionarem gestores e sociedade civil na conformação da política social local.

No contexto atual, considerando o avanço do *neo*-conservadorismo com vieses fundamentalistas, toda a atenção é necessária para os defensores das reformas sanitárias e psiquiátricas brasileiras. O fundamentalismo religioso, que se apresenta de forma particular e vem ganhando forças e capilaridade, propaga discursos e práticas como uma verdade absoluta em determinadas crenças. Isso vai repercutir no plano político de forma intolerante ao que é diferente e divergente (LEAL, 2021) Cumpre, portanto, funções importantes para a reprodução das desigualdades, e no campo das drogas influenciam tanto o cotidiano dos indivíduos como as questões políticas de ataque aos direitos fundamentais dessas pessoas. Os tempos atuais nos exigem a organização da classe trabalhadora, das diversas categorias profissionais como o Serviço Social e dos diversos movimentos organizados por sujeitos alvos dos ataques do Estado repressor e violentador. Precisamos não somente identificar os sujeitos que fazem essa história, mas principalmente encontrá-los. Precisamos assumir todos os riscos em busca de uma sociedade fundada na ética e na liberdade.

## Referências

BARDI, G. **Entre a “cruz” e a “caldeirinha”**: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. 2019. 243f. Tese (Doutorado em Política Social). Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa/Portugal: 70, 2004.

BRANDÃO, B.; CARACHO, M. A nova política nacional sobre drogas e as comunidades terapêuticas. **Le Monde Diplomatique**. 2019. Disponível em: [https://diplomatique.org.br/nova-politica-nacional-sobre-drogas-e-as-comunidades-terapeuticas/?fb\\_comment\\_id=2428766297182688\\_3008189605907018](https://diplomatique.org.br/nova-politica-nacional-sobre-drogas-e-as-comunidades-terapeuticas/?fb_comment_id=2428766297182688_3008189605907018). Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Gabinete Segurança Institucional. Secretaria Nacional sobre Drogas. **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil**. Brasília: SENAD, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.190**, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), n., p., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3088**. 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). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), n., p., 2011.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. **Decreto n. 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília (DF), n., p., 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. 2019. **Comunidades terapêuticas contratadas pelo Ministério da Cidadania**. Disponível

em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades-terapeuticas-no-brasil>. Acesso em: 10 maio 2021.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em comunidades terapêuticas – 2017**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

DELMANTO, J. **Imperialismo e proibicionismo: Raízes e interesses da proibição das drogas e da suposta guerra ao tráfico**. 2010. Disponível em [http://www.neip.info/html/objects/\\_downloadblob.php?cod\\_blob=584..](http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=584..). Acesso em: 20 jul. 2014.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ESPÍRITO SANTO. **Resolução n. 01**, de 02 de abril de 2013. Diário Oficial dos Poderes do Estado, Espírito Santo, 18 nov. 2013.

GARCIA, M. L. T.; SILVA, J. A. comunidades terapêuticas Religiosas de tratamento de dependência química no estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 243-252, 2004.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere** – Introdução ao estudo da filosofia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. A filosofia de Benedetto Croce, v. 1

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Centro Demográfico Brasileiro**. 2010. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 10 out. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Nota Técnica, n. 21, mar. 2017. **Perfil das comunidades terapêuticas Brasileiras**. Disponível em: [www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29865](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865). Acesso em: 10 maio 2021.

LEAL, F. X. **Movimento Antiproibicionista no Brasil: resistência e luta**. São Paulo: Annablume, 2021.

LEAL, F. X.; CAMPANHARO, L. da S. **A Judicialização da Política de Saúde Mental no estado do Espírito Santo**. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2021. Relatório Final. Disponível em <https://linktr.ee/Fenixufes> Acesso em: 10 maio 2021

LEAL, F. X.; SANTOS, C. C. M.; JESUS, R. S. de. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 423-436, 2016.

P. NETTO, J. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 4, n.1, p. 202-222, jan.-jun. 2012.

PITTA, A. M. F. Perigo do retrocesso às etapas primitivas da política social. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 4, n.2, p. 34-39, jul.-dez. 2012.

SAMPAIO, M. L.; B. JÚNIOR, J. P. J. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e 00042620, 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-03-e00042620.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1.015, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/FvQTcRD6BZBj7yr86kHtkKP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA). **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Vitória, 2018.



# CAPÍTULO 11

## COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO PODER LEGISLATIVO FLUMINENSE

Dayana Rosa Duarte Morais<sup>103</sup>

Martinho Braga Batista e Silva<sup>104</sup>

**A**s comunidades terapêuticas são pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) há mais de uma década (BRASIL, 2011), muito embora violem direitos de seus pacientes e assim possam ser enquadradas nas “instituições com características asilares” em que é vedada a internação de pessoas com transtorno mental segundo a Lei n. 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Abordaremos justamente esse universo cercado de normativas ao longo desse capítulo, não tanto portarias e leis em nível federal, mas uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) e uma Frente Parlamentar em âmbito estadual.

Além de ponto de atenção e instituição, a comunidade terapêutica representa um modelo de cuidado, baseado no tripé

<sup>103</sup> Doutora e mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), na área de concentração de Ciências Humanas e Saúde. Concluiu a graduação em Administração Pública na Universidade Federal Fluminense (2014). Atua principalmente na área de Antropologia do Estado com o tema de instituições e políticas sobre drogas. Correio eletrônico: dayanarosa@id.uff.br

<sup>104</sup> Professor associado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - IMS-UERJ, no Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, concluiu a graduação em Psicologia na Universidade de Brasília (1999), a especialização em Saúde Mental em nível de residência na Fundação Oswaldo Cruz (2002), o mestrado em Saúde Coletiva no IMS-UERJ (2004) e o doutorado em Antropologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011). Correio eletrônico: silmartinho@gmail.com

disciplina-trabalho-espiritualidade (SANTOS, 2018a). Essa instituição geralmente é de natureza privada e religiosa (SANTOS, 2018a), apontando para um “modelo moral preestabelecido — o de pessoas produtivas, disciplinadas e tementes a Deus.” (SANTOS, 2018B, p. 28). Moral e religião também estão presentes no cotidiano das atividades dos setores do Poder Legislativo que iremos apresentar neste capítulo.

Além de religiosas, as comunidades terapêuticas são em grande parte evangélicas (Santos, 2018a). A Lei n. 11.343/06, conhecida como Lei de Drogas, recebeu apoio da bancada evangélica do Congresso Nacional (CAMPOS, 2017). Além de valores morais e religiosos, saberes médicos e jurídicos permearam o processo de tramitação do projeto de lei que deu origem a essa normativa, de maneira que “é justamente na combinação dessa metade esvaziada de saber e práticas de redução de danos, mas cheia do paradigma proibicionista, que se formou uma política de drogas “à brasileira”” (CAMPOS, 2017, p. 143). Teriam sido esses valores, saberes, práticas e paradigmas que atravessaram a formulação da atual lei das drogas, Lei n. 13.840 /2019, na qual há uma nova e exclusiva seção chamada “Do acolhimento em comunidade terapêutica acolhedora”? Por ora, não seremos capazes de investigar essa relevante questão, nos detendo exclusivamente em materiais oriundos do Poder Legislativo Estadual para tecer nossos comentários sobre as comunidades terapêuticas.

Nosso estudo envolve uma das duas únicas assembleias legislativas estaduais do Brasil nas quais foi instalada uma CPI exclusivamente para abordar o consumo de *crack*. Além disso, a etnografia na assembleia legislativa foi conduzida enquanto a autora desse capítulo exercia a função de assessora parlamentar, combinando observação participante, entrevistas e etnografia de documentos.

## 1 A CPI do *Crack*

O Estado, concebido como um conjunto de agentes e instituições, que exerce a autoridade soberana sobre um agrupamento humano fixado num território e que expressa de forma legítima esse agrupamento é, na visão de Bourdieu (2014), um fetiche político. Essa representação dominante do Estado é interpretada pelo autor ao mesmo tempo como condição de sua existência e um de seus efeitos. O Estado é definido, portanto, como produto de uma crença coletiva para a qual contribuem teorias políticas e jurídicas.

Para compreender os fundamentos dessa autoridade e dos mecanismos que promovem o seu reconhecimento, Bourdieu (2014) deixa de lado as formulações abstratas e privilegia a análise de medidas e ações do Estado. Assim, ele retoma pesquisas realizadas nos anos 1970 sobre o mercado da casa própria na França, especialmente a investigação efetuada sobre uma das comissões criadas — a Comissão Barre — para tratar do assunto. O estudo sobre seu funcionamento permite elucidar o mistério que dota os agentes, atos e efeitos do Estado de seu caráter oficial, público e universal.

Ao acompanharmos o argumento do autor constatamos que é na crença organizada, na confiança organizada, que se encontra a chave para se decifrar a lógica de constituição do poder simbólico do Estado. Um ato de Estado é um “ato coletivo”, realizado por pessoas reconhecidas como oficiais, e, portanto, “em condições de utilizar esse recurso simbólico universal que consiste em mobilizar aquilo sobre o que todo o grupo supostamente deve estar de acordo” (BOURDIEU, 2014, p. 67). Através da oficialização, agentes investidos de legitimidade transformam um ponto de vista particular em regras que se impõem à totalidade da sociedade.

Na organização das assembleias legislativas brasileiras, essas comissões estatais podem ser de três tipos: permanentes, especiais ou de inquérito. Na Câmara Municipal do Rio de Janeiro houve uma tentativa de realizar também uma CPI indiretamente relacionada ao *crack*. “Indiretamente” porque tratava-se de uma CPI sobre Internação Compulsória, proposta pelo vereador Renato Cinco (PSOL) em 2013, época em que as internações estavam inseridas no contexto da dita “epidemia de *crack*”. Essas internações geralmente aconteciam em comunidades terapêuticas. Nessa ocasião, entrevistei o parlamentar que, no momento, estava recolhendo assinaturas para instalar a CPI. Eram necessárias 17 assinaturas (2/3 dos parlamentares), mas apenas 12 foram conseguidas – exatamente o número de vereadores que faziam oposição ao governo.

Para nós, é importante resgatar esse episódio pelo seguinte motivo: por que uma CPI que fale sobre o *crack* foi aprovada na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) e não na Câmara do Rio de Janeiro? Por que no estado e não no município? O que a CPI do Crack traz de diferente que garanta sua instalação?

Pensando nisso, entrei em contato informalmente com um amigo que é assessor do vereador Renato Cinco. Ele me disse que a CPI não passou por conta dos contratos de convênios da Prefeitura com as Comunidades

Terapêuticas, que certamente viriam a ser investigados. Mesmo com a não instalação da CPI, um ano depois, em 2014, a ex-esposa do até então Secretário de Assistência Social, Rodrigo Bethlem, concedeu entrevista às revistas *Veja* e *Época* informando que gravou conversas em que Bethlem revelaria ter aberto uma conta na Suíça, sendo que ele conseguira montar um salário de R\$ 85 mil a R\$ 100 mil com desvio de dinheiro de convênios feitos pelo município.

Coincidentemente, encontrei-me com Renato Cinco em uma atividade partidária um dia depois de conversar com seu assessor, no momento em que fumávamos um cigarro. Pela minha vivência em reuniões e demais compromissos desse gênero, é na “hora do cigarro” que as avaliações políticas são feitas mais espontaneamente e até levadas para as instâncias oficiais. Conversávamos sobre assuntos corriqueiros, quando me percebi em um “cenário inusitado” (FERREIRA; FLEISCHER, 2011) que representava uma boa oportunidade para saber um pouco mais dos bastidores que não possibilitaram uma CPI da Câmara, mas sim na ALERJ.

O Cinco reforçou o que seu assessor havia me falado, mas também disse que eles, sua equipe do mandato, não faziam ideia que propor uma CPI para apurar a internação compulsória implicaria no afastamento, como veio a se confirmar um ano depois, de Bethlem, então aliado do prefeito Eduardo Paes (PMDB). O vereador contou também que o presidente da Câmara na época da tentativa de instalação da CPI era ex-genro do Bethlem.

Ou seja, de acordo com esses relatos, uma CPI que de alguma forma fale sobre o *crack* só foi instalada na ALERJ por conta da correlação de forças políticas: não havia o risco de “tropeçar” em nenhum grande esquema de corrupção, dado o objetivo de investigar as causas e consequências do seu consumo — e não da sua distribuição — no estado do Rio de Janeiro. Quais teriam sido então as motivações para que o *crack* tenha se constituído enquanto problema público no estado?

Para um empreendedor moral, participar de uma CPI pode servir a seus interesses políticos e pessoais, bem como representa a possibilidade de criar uma regra através de projetos de lei que podem ser aprovados. Pode também servir como um meio de se ascender publicamente, como foi o caso dos até então prefeitos: do Rio de Janeiro, Eduardo Paes (PMDB); de Salvador, Antônio Carlos Magalhães Neto (DEM); e de Curitiba, Gustavo Fruet (PDT). Eles foram sub-relatores da CPI dos Correios, que investigou o “Mensalão”, em 2005. Uma reportagem do jornal *O Dia* (20/06/2015)

com o título “Prorrogadas, CPI’s na ALERJ andam a passo de tartaruga”, chamou minha atenção não só pelo atraso no prazo, como também por trazer outros elementos acerca das CPIs do primeiro semestre dessa nova legislatura. Na avaliação do jornalista Leandro Resende, os temas tratados por elas são espinhosos e há pouco envolvimento dos parlamentares. Além da CPI do Crack, também foram instaladas CPIs sobre a Petrobras, sobre o aborto, sobre a prática abusiva do telemarketing, sobre a violência contra mulher, sobre a crise hídrica e sobre os lixões no período. De acordo com a reportagem, parlamentares entrevistados disseram que “não há grande vantagem em participar de CPI. Além da pouca publicidade, a repercussão está geralmente ligada a denúncias contra o governo. E, no cenário atual [2015], no qual o PMDB do governador Luiz Fernando Pezão tem ampla maioria, isso é difícil” (O DIA, 2015).

A CPI do Crack foi criada através do Requerimento n. 03/15, em março de 2015, o terceiro mês da última legislatura (2015-2019). Era também o terceiro mês que a autora desse capítulo estava atuando no mandato como assessora parlamentar, ou seja, estava desvendando os ritos burocráticos. Soube da CPI do *Crack* quando seus trabalhos já estavam na metade.

A CPI do *Crack* foi composta por sete parlamentares, conforme sistematizamos na tabela a seguir:

**Quadro 1:** Composição da CPI do *Crack*

Parlamentar	Função na CPI do Crack	Partido	Liderança	Relação com o governo
1	Presidente	PSC	Sim	Situação
2	Vice-presidente	PSOL	Não	Oposição
3	Relator	PT	Não	Oposição
4	Membro efetivo	PMDB	Não	Situação
5	Membro efetivo	PSDB	Não	Situação
6	Membro efetivo	PRB	Sim	Oposição
7	Membro efetivo	SDD	Sim	Situação

Fonte: a autora, s.d.

Tratava-se de uma composição curiosa: o Presidente é de um partido que fez coligação com o governo estadual do período e que defende a redução da maioria penal, é contra a legalização do aborto e contra a legalização das “drogas” — informações encontradas no site do partido como “missão e valores”. Em contrapartida, vice-presidente e relator, as outras figuras mais importantes hierarquicamente nesta composição, são de oposição e defendem pautas completamente opostas àquelas do presidente.

A principal peculiaridade da CPI do *Crack* em relação a outras comissões estava em eleger como objeto uma substância específica: o *crack*. Essa delimitação sobre qual tipo de droga ilícita seria tratado não esteve presente em CPIs anteriores, tanto na Câmara dos Deputados quanto na ALERJ, pelo menos nos últimos vinte anos. Dentre as CPIs da ALERJ que tocavam, direta ou indiretamente no tema das drogas, a que mais repercutiu na mídia foi instalada em 2008. Conhecida popularmente como CPI das Milícias, ela foi responsável por ocasionar o indiciamento de 218 pessoas, dentre elas parlamentares, policiais civis e militares.

Nesta CPI as “drogas” foram relevantes quando da sua distribuição e consumo, sendo que na avaliação da Subsecretaria de Inteligência elas se expandiram nas comunidades possivelmente controladas pelas milícias, preferencialmente em áreas onde não havia tráfico de “drogas”. Quanto aos usuários, o Relatório Final mostra que eles eram alvo de eliminação física naquelas comunidades em que eram considerados indesejáveis (ALERJ, 2008). Vale dizer que a CPI da Milícia repercutiu no cinema nacional inclusive, com o filme “Tropa de Elite 2”, dirigido por José Padilha. O deputado estadual Marcelo Freixo (PSOL), que presidiu a CPI, é encenado através do personagem do deputado “Fraga”.

### 1.1 Ouvindo Parlamentares e Assessores

A experiência de conversar com parlamentares obedecia à dinâmica da conjuntura política, assim como seus ofícios. As entrevistas aconteceram concomitantemente a atos contra o “pacote de maldades” do então governador Luiz Fernando Pezão — um deles culminou na ocupação do plenário por servidores da segurança, após o “decreto de calamidade”. Com a teórica facilidade de acesso que eu teria, por trabalhar como assessora na ALERJ, tive a oportunidade de, em vinte minutos, rodar todos os gabinetes

para marcar as entrevistas. Entretanto, esbarrei com o “contratempo” das eleições, pois mesmo que nenhum dos integrantes fosse candidato em algum município, muitos estavam com as agendas voltadas para atividades de campanha, de apoio a companheiros políticos. “Nessa conjuntura”, frase que muito ouvi, entrevistas tiveram que ser remarçadas por conta do cenário e outras não aconteceram.

Foram realizadas oito entrevistas, com cinco dos sete parlamentares apresentados no Quadro e três assessores indicados pelos mesmos. Conforme dito anteriormente, nem todos os deputados participaram, justificando a ausência por falta de agenda. Nem todos assessores também foram ouvidos, pois houve parlamentares que preferiram não indicar ou não o julgaram necessário.

### *1.2 “Não é um Processo Manicomial”*

Além da comunidade terapêutica (CT), outro ponto de atenção da RAPS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), inclusive o CAPS álcool e outras drogas, conhecido como CAPSad. A RAPS tem sete componentes, um deles apontando para a necessária articulação entre saúde mental e atenção básica, tornando recomendável que pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas sejam atendidos também em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família, bem como em Consultórios na Rua. A RAPS também inclui hospitais gerais entre seus pontos de atenção, ou seja, as internações não precisam acontecer exclusivamente em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Apesar dessa variedade de equipamentos de atenção psicossocial para atender usuários de drogas, na maioria das vezes o debate se reduz a uma polaridade:

O Rio de Janeiro não sabe como tratar droga. Essa é a verdade. Ele não sabe onde ela está, porque ela é isso, ela é investigativa e propositiva. Então nós propusemos um balanço pro estado. A secretaria de segurança não sabe como chegar, não consegue impedir que a droga chegue e ela não tem equipamentos próprios pra tratar. E a secretaria de saúde não tem o equipamento pra tratar, CAPS-AD não funciona, porque eles não acreditam, a secretaria de saúde não acredita no processo manicomial que é, na verdade... não é um processo manicomial, vou refazer minha fala. Não acredita no processo de abrigamento, de asilamento, que é um processo, obviamente,

um processo antigo, mas que as comunidades terapêuticas ainda guardam porque precisam, segundo as comunidades, o perfil da comunidade, você precisa de um tempo de maturação e desintoxicação onde você não tenha contato com a sociedade civil (Entrevista com o Parlamentar 1).

Essa polaridade entre CT e CAPSad restringe o debate político, ampliando a legitimidade da CT como instituição e mesmo modelo de cuidado aos olhos dos parlamentares:

Sou a favor [das Comunidades Terapêuticas] porque entendo, baseado em pesquisas, que tem resultado. “Ah, mas, lavagem cerebral”. Aí é uma discussão de foro íntimo. Resultado. Um CAPS-AD no Rio de Janeiro, de cada dez usuários, sete voltam para as drogas. Uma Comunidade Terapêutica Bethânia ou Maranathá, cada dez, três voltam para as drogas. Então, por essa razão, baseada em dados, eu prefiro que a gente, pelo princípio da subsidiariedade, que o estado tenha como parceira a Comunidade Terapêutica do que fique montando equipamentos que não funcionam. Por isso eu apoio que a Comunidade Terapêutica seja um suporte pra tentar atender esse usuário (Entrevista com o Parlamentar 1).

Outros componentes e pontos de atenção da RAPS além da CT e do CAPSad ficam inteiramente invisíveis quando conversamos com esses parlamentares, os “dados” mencionados também permanecendo ocultos ao longo de todo o período do trabalho de campo.

### *1.3 "Essas Coisas que a Gente Entra em Conflito Direto na Concepção de Mundo"*

A motivação de representar na CPI demandas de determinado segmento religioso, que se apresentou na CPI sob a forma de base eleitoral nas igrejas, foi um aspecto citado por um entrevistado:

Aí foram definidas as 712 [CPIs de 2015], essa decisão é uma decisão política da mesa diretora, quais são as 7 que tem prioridade, aí tem a ver com a data de entrada do pedido ou pode ter a ver com critérios políticos. Então eu não sei dizer, talvez o Márcio Pacheco, que foi o autor do requerimento pra criar a CPI do Crack, possa dizer melhor do que eu, mas o Márcio Pacheco... eu não sei dizer porque a CPI do Crack entrou entre as 7 primeiras. E aconteceu também



uma coisa que eu acho que não é normal é que o Presidente da CPI, em geral, ele deve ser escolhido na sessão de instalação da CPI. [...] Eu desconfio, eu não sei dizer. Bom, especificamente, porquê saiu a CPI na Assembleia eu não sei precisamente as razões. É claro que o problema mais geral do *crack* no Brasil e no Rio de Janeiro, é claro que o problema de decisões tomadas por certas esferas do poder público, polêmicas e controvertidas, tiveram grande repercussão na mídia como as internações compulsórias, é claro que há falta de controle, penso eu, que é uma das propositoras inclusive decorrentes do relatório, a falta de controle das chamadas comunidades terapêuticas. Enfim, então, assim, tudo isso por si só forma um caldo razoavelmente complexo, que requer aprofundamento, investigação, por parte das autoridades competentes, inclusive no Legislativo. Mas eu desconfio tá, no caso da ALERJ, tem a ver também com as relações do... com certo segmento religioso. Eu desconfio, suponho, acho que aposto pra ganhar, que tem a ver com as relações que o sustentam politicamente, especificamente uma certa confissão religiosa, uma certa denominação religiosa, eu acho que ele sofreu algum tipo de pressão, incentivo ou encorajamento pra tomar alguma iniciativa nesse campo. Até porque muitas das comunidades terapêuticas têm, digamos, vinculações religiosas (Entrevista com Parlamentar 3).

Referindo-se ao Presidente da CPI, o assessor do Parlamentar 2 disse que:

É um cara muito ligado à questão religiosa, um cara católico mais ortodoxo, e ele é a favor das comunidades terapêuticas, então nós tivemos que, aí, chegar a um meio termo no relatório. Nossa proposta foi que essas comunidades terapêuticas elas tenham um acompanhamento maior por parte do estado, uma fiscalização, de tal forma que elas tenham que respeitar diretrizes básicas, elementares, ligadas a questão dos direitos humanos e, principalmente isso.

[...] Eu acho que foi fundamental o partido entrar na CPI, justamente pela composição que traz uma visão da política de drogas completamente oposta à da gente, principalmente em relação às comunidades terapêuticas, à questão do recolhimento compulsório, essas coisas que a gente entra em conflito direto na concepção de mundo que eles têm e acho que foi fundamental. [...] A nossa ideia era, dentro da CPI, investigar mais coisa acerca das comunidades terapêuticas (Entrevista com assessor do Parlamentar 2).

Nesse sentido, é possível afirmar que as CT's balizaram o posicionamento político dos grupos representados na CPI, sendo interpretadas de acordo com as "visões de mundo" existentes nessa configuração específica. O exercício desses valores, ou uma moralização, ocasiona uma polarização entre aqueles que são contra e os que são a favor, reduzindo a questão como uma resposta de sim ou não. No caso do Parlamentar 1, presidir a CPI era uma missão:

Eu fui indicado para ser o Presidente da CPI do Crack e atendi na hora porque eu milito na causa por ser um defensor das Comunidades Terapêuticas, dessa pauta específica entendendo a importância de militar, de fazer um debate sobre o tema, eu aceitei ser o Presidente (Entrevista com Parlamentar 1).

Contudo, durante o funcionamento da CPI, o Parlamentar 1 deixa a presidência da Comissão, ficando o relator, Parlamentar 2, responsável por coordenar as atividades. Em entrevista com o seu assessor, destaquei que, apesar do forte posicionamento do Parlamentar um em defender as CT's, o Relatório Final pôde ser considerado propositivo e, do ponto de vista da Saúde, positivo. Ele me respondeu que:

[...] a saída dele possibilitou. Eu acho que, no final, o relatório teve um desfecho mais progressista do que teria se ele tivesse participado de forma mais ativa. Porque no final ele ficou muito agradecido, porque nós tiramos um peso das costas dele. Porque ele não produziu nada, foi uma bagunça a CPI. Os deputados todos gostaram muito. E aí ele ficou muito aliviado. Não teve preocupação quase nenhuma com o conteúdo, mas tem uma questão que é sensível ali na CPI que são as Comunidades Terapêuticas. O Conselho Nacional de Psicologia é contrário a essas comunidades terapêuticas tocadas por entidades religiosas. E com razão, ao meu ver. Porque, não tem uma metodologia científica por trás da abordagem que eles fazem, no tratamento que eles fazem dessas pessoas. É basicamente manter a pessoa distante da droga e oração, atividades, e outras coisas mais que eles colocam que trazem até à tona a questão dos direitos humanos. *O Parlamentar 1* é um cara muito ligado a questão religiosa, um cara católico mais ortodoxo, e ele é a favor das comunidades terapêuticas, então nós tivemos que, aí, chegar a um meio termo no relatório. Nossa proposta foi que essas comunidades terapêuticas

tenham um acompanhamento maior por parte do Estado, uma fiscalização, de tal forma que elas tenham que respeitar diretrizes básicas, elementares, ligadas à questão dos direitos humanos, principalmente.

Até então, ao meu ver, a CPI parecia a oportunidade perfeita para o Parlamentar 1 legitimar sua “visão de mundo”, mas o assessor do relator me contou que:

ele conduziu tão mal que acabou que ele não conseguiu atingir nem as expectativas dele. Porque a CPI aconteceu sem ouvir representantes das comunidades terapêuticas, eu acho que nós tínhamos que ter ouvido. Devíamos ter convidado o Conselho Regional de Psicologia, teria contribuído muito. Mas não, chamaram, por exemplo, secretário de assistência social do estado, secretário de saúde, eles não têm nada a dizer sobre isso. Porque é o tema é tratado pelos municípios, eles têm pouco contato”. (Entrevista com Assessor do Parlamentar 2)

Em suma, uma das principais motivações identificadas foi os interesses privados em promover as comunidades terapêuticas em resposta aos anseios de uma base eleitoral e com motivações morais e religiosas específicas. Assim, os defensores das comunidades terapêuticas representam um dos três segmentos de atores sociais e institucionais interessados na questão do *crack* - ao lado da mídia e os parlamentares com base nos seus municípios do interior, tendo como fio condutor a consideração de apenas um uso possível de *crack*, “problemático”, ligado à “adicção”, ao vício e à doença (MORAIS, 2017).

## **2 O Relatório Final da Cpi do Crack**

Com a etnografia de documentos buscamos compreender que “é impossível etnografar instâncias estatais (políticas e administrativas) sem considerar os volumosos e variados registros escritos, ou seja, “documentos” que produzem: atas, relatórios, memorandos, memórias técnicas, portarias, decretos, projetos de lei, etc.” (TEIXEIRA, 2014, p. 39). A escrita é uma das atividades mais importantes dentre as tecnologias de governo, sendo que dentre as rotinas estatais os registros se destacam (GUPTA, 2012; DAS, 2007, *apud* LOWENKRON; FERREIRA, 2014).

Percorrendo leituras antropológicas sobre esse tema, conforme exposto, entramos em contato com a concepção de documentos que mais contempla o mundo social das políticas públicas aqui abordadas: são artefatos etnográficos que nos oferece potencial heurístico em seguir o papel — pois afirma sua materialidade em serviço da descoberta ou investigação de fatos. As propriedades estéticas e formas, bem como a vida social ou processos sociais e técnicos, não podem ser facilmente ignorados (CARRARA, 1990, *apud* HULL, 2012; LATOUR, 2005). Essa literatura tem como premissa que as qualidades materiais de papéis governamentais não são apenas elementos mobilizados na produção de significados, mas também são forças motrizes atrás de outros tipos de processos. É imerso nesses processos e sociabilidades que fica ainda mais visível a materialidade dos papéis.

Um papel, neste campo específico que é uma Assembleia Legislativa, por exemplo, pode gerar leis, que é a mais bem sucedida aplicação de uma regra de acordo com Becker (2008). Como sugerem Lowenkron e Ferreira (2014), “seguimos os papéis” da CPI do *Crack*, com a finalidade de produzir reflexões que questionam o suposto tédio, a falta de riqueza simbólica e densidade de significado atribuídas aos documentos.

De acordo com o Relatório Final, os documentos expedidos pela CPI foram três ofícios, sobre solicitação de auditório e solicitação de informações às prefeituras do ERJ; e quatorze convites às pessoas que seriam ouvidas pela CPI e que, nem sempre, compareceram ou foram incluídas no Relatório Final. Na relação de documentos expedidos constam também as citadas apresentações, bem como respostas às perguntas feitas à órgãos do governo federal, todos os assuntos dos e — mails trocados entre os integrantes da Comissão e cópia de parte de uma pesquisa nacional da sobre o perfil dos usuários de *crack*. Foram produzidos também quatorze editais de convocação no Diário Oficial do Poder Legislativo e quatorze atas (1 de instalação, doze de reuniões ordinárias e 1 de encerramento).

O Relatório Final da CPI do *Crack* baseou-se principalmente na “Pesquisa Nacional sobre o uso de *crack* – Quem são os usuários de *crack* e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?”, realizada pela Fiocruz em parceria com a SENAD (2013). O Relatório a utiliza para expor as características dos consumidores dessa substância. Essa reprodução de dados é feita sem a preocupação de especificar a realidade do estado do Rio de Janeiro, descrevendo o cenário brasileiro.

Outra base que ocupa bastante espaço no Relatório é o programa federal “*Crack, é possível vencer*”. Na estrutura do documento existe um tópico dedicado exclusivamente a esta política, nos contando sobre o motivo de o programa ter sido criado, o que é o programa e quais são seus eixos de atuação. A apresentação deste programa segue a orientação de traçar um panorama do *crack* no cenário nacional, sendo também resgatado pelo Relatório quanto o mesmo trata da “repressão ao tráfico”. Tanto a pesquisa nacional da Fiocruz quanto a exposição sobre o programa federal “*Crack, é possível vencer*” são as principais referências para o documento.

Os convidados que integram o Relatório Final, na ordem em que foram citados, são: 1) Filipe Pereira (Secretário da SEPREDEQ), citado pelo documento quando comenta o histórico da Secretária a qual faz parte, as ações em andamento e sobre o papel do governo enquanto indutor da adesão aos programas do Governo Federal; 2) Sylvio Cezar Koury Musolino Filho (Diretor de Planejamento e Avaliação de Políticas sobre Drogas da SENAD), sobre as ações de prevenção, rede de CAPS-AD e sugestão do programa paulista “De braços abertos” como referência; 3) Francisco Inácio Bastos (Pesquisador da Fiocruz coordenador da pesquisa nacional anteriormente citada), quando o documento se refere à prevenção ao uso do *crack* entre estudantes e em ambientes residenciais, sobre a internação compulsória e também sobre o tráfico de “drogas” no ERJ; 4) Rodrigo Abel (Subsecretário da SMDS), sobre o programa “Casa Viva”; 5) Adilson Pires (Vice-prefeito e Secretário da SMDS), quando comenta o projeto “Proximidade”; 6) Henrique Damasceno (Delegado da Delegacia de Combate às Drogas – DECOD) e Fernando Albuquerque (Subchefe da Polícia Civil), citados quando o documento lida com a questão do *crack* no Rio de Janeiro na perspectiva da segurança pública. Os convidados formavam um grupo heterogêneo: dois representam o nível nacional, três o nível estadual e dois o municipal.

Do mesmo modo como a pesquisa da Fiocruz foi uma referência central para a elaboração do Relatório, o convidado mais frequentemente citado foi o pesquisador Francisco Inácio Bastos, cujas falas registradas no Relatório Final da CPI extrapolam o domínio de sua área de conhecimento, quando ele é citado para abordar o tráfico de “drogas”, por exemplo. Em seu estudo no Congresso Nacional sobre a regulamentação de anoregíxenos, ou seja, em outro cenário legislativo, sobre outras formas de controle em relação a outros tipos de droga, Rosana Castro (2014) também constatou a relevância

da opinião de um médico na tomada de decisão. A autora comenta de que forma clínicos criaram estratégias argumentativas para convencer a Agência Nacional de Vigilância Sanitária quando as retóricas “científicas”, com base em estudos populacionais, obtiveram pouco êxito, facilitando que uma substância mudasse de estatuto para medicamento. No caso da CPI do Crack, um estudo epidemiológico e o depoimento de seu coordenador, um epidemiologista, foi fundamental para a elaboração do documento.

Outras pessoas também foram convidadas, porém não foram incluídas no Relatório Final da CPI. São elas: Teresa Cristina Franco Consentino (Secretária de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH), Monica Morrisy Martins Almeida (Subsecretária de Atenção à Saúde), Vivian Ferraz Studart Pereira e Rosimeri Barbosa Lima (Superintendência de Atenção Básica e Gerência de Saúde Mental) e Elisa da Cruz (Defensora Pública). Ou seja, todas as mulheres convidadas pela CPI não foram incluídas no Relatório Final, por mais que as áreas em que atuam sejam relevantes para o debate acerca das “drogas” e todas representando o ERJ – uma carência do Relatório conforme indicamos anteriormente.

### 3 Causas e Consequências do Consumo de Crack no Estado do Rio de Janeiro

O título da CPI traz em seu conteúdo também o seu objetivo, a partir do nome dado “Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar e apurar as causas e consequências do consumo de *crack* no estado do Rio de Janeiro”. Em síntese, o documento aponta que a pobreza é o principal motivador para o consumo dessa substância. Isso está explícito clara e diretamente na recomendação final “número zero” do documento:

0. O Governo do Estado do Rio de Janeiro, bem como seus municípios, deve aprofundar as políticas de combate à desigualdade social e regional, com foco no combate à miséria e à pobreza extrema, de preferência com medidas estruturantes, sem prejuízo de ações transitórias de caráter afirmativo, tendo em vista que a exclusão social é forte indutora do consumo do *crack*, assim como o consumo desta droga, e de outras, tem o potencial de aprofundar a situação de exclusão em que o usuário eventualmente se encontra, formando-se um ciclo perverso de retroalimentação entre a exclusão social e o consumo do *crack* (ALERJ, 2015, p. 73).

Levando em conta exclusivamente as causas e consequências apontadas explicitamente pelo documento, nota-se que a pobreza se destaca como causa, exclusão social e/ou vulnerabilidade também, diferentemente das consequências, variadas na maioria das vezes. A partir da leitura do documento, sem que tenham sido assim explicitadas, considereirei como as principais causas do consumo de *crack*, na ordem em que aparecem:

- 1) situação de rua;
- 2) conflito com a lei;
- 3) vulnerabilidade;
- 4) estrutura psicológica;
- 5) fatores biológicos;
- 6) rejeição de valores familiares, culturais ou religiosos;
- 7) uso de “drogas” na família;
- 8) isolamento social;
- 9) falta de informações;
- 10) facilidade de acesso à substância;
- 11) desemprego/subemprego;
- 12) metas de produtividade inalcançáveis;
- 13) falta de supervisão ou disciplina;
- 14) ambiente escolar;
- 15) fome e
- 16) falta de moradia digna.

Das dezesseis causas encontradas por mim, dez foram retiradas do quadro elaborado por Campos e Moraes (2014) sobre as “Perspectivas para prevenção ao uso de álcool e drogas” (ALERJ, 2015, p. 33-35). Os autores chamam de “atentar para” aqueles aspectos que considero serem causas do consumo de “drogas”. Situação de rua, conflito com a lei, vulnerabilidade e desemprego também são apontados como principais consequências e não apenas causas do consumo de *crack* no Relatório Final da CPI do Crack. Outras consequências identificadas foram:

- 1) abandono precoce;
- 2) prisão;
- 3) prostituição;
- 4) HIV e Hepatite C;
- 5) insegurança nos espaços públicos;

- 6) trabalho infantil;
- 7) rompimento dos vínculos familiares e comunitários;
- 8) isolamento;
- 9) marginalização;
- 10) perda dos valores sociais e
- 11) aumento dos crimes.

Como as CT's foram consideradas instituições capazes de abordar tais causas e consequências do consumo de *crack*? O documento do relatório da CPI não nos dá pistas para responder a essa questão.

#### **4 A Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial**

Instalada na ALERJ em maio de 2016, um ano depois de concluídos os trabalhos da CPI do *Crack*, a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial foi inicialmente presidida pelo deputado André Ceciliano (PT). Junto a ele, estavam também os deputados Chiquinho da Mangueira (PMN), Jair Bittencourt (PP), Jânio Mendes e Luiz Martins, ambos do PDT e Marcelo Freixo e Flávio Serafini, ambos do PSOL - sendo que este último se tornou presidente da Frente, no mesmo ano.

O contexto de sua criação e dos primeiros anos de sua atuação foram de uma série de desinvestimentos na RAPS, com exceção das CT's, e que se verifica até hoje. Alguns exemplos:

- A Portaria MS 3.588/2017, que institui o CAPSad IV e aumenta o valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60 %;
- A Resolução n. 1 do CONAD, de 9 de março de 2018, que define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas (PNAD);
- O Edital 1/18 SENAD/MJ, de 25 de abril de 2018, para realização do cadastramento de comunidades terapêuticas para receberem financiamento da União e define que os acolhimentos nestas comunidades podem chegar a 12 meses;
- A Portaria MS 2434, de 15 de agosto de 2018, que aumentou o financiamento das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (prazo máximo estabelecido pela Lei n. 10.216/2001); e



- A Portaria 3659, de 14 de novembro de 2018, que suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de 72 CAPS, 194 SRT, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 leitos de saúde mental em Hospital Geral.

No Relatório Final da CPI do Crack foram incluídos quatro PLs, dos quais destacamos o PL 1203/2015, que autoriza o Poder Executivo a fixar critérios para credenciamento de comunidades terapêuticas que prestam atendimento a usuários de drogas no Estado do Rio de Janeiro. Este PL foi objeto de um outro espaço de atuação legislativa: uma audiência pública dessa Frente, intitulada “Audiência Pública sobre as comunidades terapêuticas no mês da Luta Antimanicomial” (maio de 2017).

Esse PL autoriza o poder executivo a fixar critérios para credenciamento de CT's que prestam atendimento a usuários de drogas no Estado do Rio de Janeiro. O ponto de vista defendido pela Frente Parlamentar, àquela época, era de que este ato poderia representar a legitimação das CT's, o que provocou polêmica na audiência pública, pois o relator da CPI, deputado Waldeck Carneiro (PT), defendeu o PL argumentando sobre a necessidade de fiscalização das instituições. Em resposta a isso, o deputado Flavio Serafini protocolou um outro projeto, o PL n. 3942/2018, que proíbe o estado do Rio de Janeiro de habilitar, qualificar, credenciar, realizar convênios e financiar CT's. Nenhum dos PL's foi aprovado até então.

Um ano depois outra audiência pública aconteceu no âmbito da Frente Parlamentar, dessa vez para debater os retrocessos das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. Estiveram presentes representantes da Defensoria Pública-Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; Coletivo Pró-Frente; Gerência de Saúde Mental-Eixo Álcool e Drogas/SES-RJ; Frente pelo Desencarceramento/RJ; Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro; Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro; Associação de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental; e Conselho Regional de Psicologia.

O deputado Flavio Serafini, que presidia a sessão, se pronunciou:

Temos visto, no Brasil, nos últimos anos, diferentes governos, tanto federal, quanto estaduais, usarem essa estratégia de tentar alimentar, com as duas mãos, como se fosse possível, duas políticas de saúde mental completamente

diferente. O resultado disso estamos assistindo hoje, que é a tentativa dessa lógica manicomial, escondida, não só atrás do modelo hospitalar, mas também, das comunidades terapêuticas, de tentar ganhar, de assalto, o centro das políticas públicas de saúde mental, álcool e drogas, no Brasil. A gente, aqui nesta Casa, um dos momentos de impulso da nossa frente parlamentar foi, justamente, institucionalizar, de vez, as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro, fazendo um processo de regulamentação que, na minha avaliação, consolidava ainda mais o papel das comunidades terapêuticas, não só como algo que vai sendo construído por fora da política de saúde, mas que tentaram introduzir no centro da nossa política de saúde. A gente resistiu, convocou uma audiência pública; uma parcela dos deputados que assinavam aquele projeto retirou sua assinatura, e agora, à luz dessa discussão nacional, a gente apresentou também um projeto de lei mais taxativo, que vai começar a tramitar na Casa. Esse é um processo demorado, o processo legislativo, mas a gente apresentou um projeto para sustar a possibilidade de o governo do Estado do Rio de Janeiro fazer qualquer repasse para as comunidades terapêuticas. Porque a gente sabe que o governo tem uma atuação importante, na área da saúde mental, a partir da gerência, mas não tem uma atuação efetiva, no que diz respeito ao financiamento da RAPS. Não dá para o governo se abster de financiar a Rede de Atenção Psicossocial e, por outro lado, por fora da política de saúde, financiar as comunidades terapêuticas.(ALERJ, 2018, p. 5)

O deputado Carlos Minc (PSB), também se pronunciou:

Quem controla as comunidades terapêuticas? São os deputados ligados às bancadas evangélicas e outras bancadas religiosas ou não. Eles é quem dizem quem vai se internar ou não lá. Isso acaba virando um curral político. É inacreditável! É uma maldade você desfazer algo que é bom, humano e funciona para algo que não é bom, não é humano e não funciona, mas é um curral eleitoral de deputados que controlam, na verdade, direta ou indiretamente, as comunidades terapêuticas, aonde não têm os psicólogos, os assistentes sociais, mas tem muita Bíblia para ler e tem muito banho gelado para tomar para afastar as tentações. (ALERJ, 2018, p. 8)

## 5 Considerações Finais

De modo geral, a CPI do *Crack* e a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica se distinguem, dentre outros fatores, pelo fato de que os parlamentares da primeira se opõem ao financiamento das CT's, ao passo que os outros o estimulam. Contudo, se assemelham porque nenhuma das recomendações, seja da Frente ou seja da CPI, foi aprovada até então. Além disso, a contestação à CT, em ambos os espaços, se dá principalmente acerca do modelo de cuidado, mais do que pelo fato das CT's estarem, de fato, inclusas na RAPS, sendo as críticas direcionadas à orientação religiosa, principalmente, e da não observância da laicidade do Estado.

Desde então, observamos um amadurecimento de posicionamento dentre os parlamentares em relação às CT: aceitando que elas existem, e na RAPS, os poucos esforços engendrados por aqueles contrários a este tipo de instituição são feitos no sentido de fiscalizar. O governo federal, por sua vez, responde com a invenção da “Comunidade Terapêutica Acolhedora”, termo que foi trazido pela primeira vez pela Lei n. 13.840/2019. Além da adjetivação, recentemente as CT's foram premiadas com inexigibilidade de licitação e receberam, em dezembro de 2021, 89 milhões do Ministério da Cidadania sem concorrência (ABRASCO, 2021). Durante o governo de Jair Bolsonaro, a facilitação para as CT's fortaleceu ainda mais o modelo de cuidado baseado na abstinência, no isolamento e na religião.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota de repúdio contra o repasse de verbas públicas às Comunidades Terapêuticas**. *S.l.*: 13 dez. 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/verbas-publicas-comunidade-terapeutica/63839/>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria MS 3.588/2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 set. 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Resolução n. 1 do CONAD**, de 9 de março de 2018. Define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas (PNAD). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria MS 2434**, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de noventa dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html). Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria MS 3659**, de 14 nov. 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n). Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Edital 1/18 SENAD/MJ**, de 25 de abril de 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737). Acesso em: 26 jun. 2016.

BOURDIEU, P. **Sobre o Estado**: Cursos no Collège de France (1989-92). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. A atual política de drogas no Brasil: um copo cheio de prisão. *In*: MALLART, Fabio; GODOI, Rafael. **BR 111**: a rota das prisões brasileiras. São Paulo: Veneta, 2017. p. 139-147.

FERREIRA, B. Prorrogadas, CPIs na Alerj andam a passo de tartaruga. **O Dia**, 20 jun. 2015. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2015-06-20/prorrogadas-cpis-na-alerj-andam-a-passo-de-tartaruga.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil** – livreto domiciliar. *S.l.: s.n.*, 2013.

HULL, M. **Government of paper**: the materiality of bureaucracy in urban Pakistan. Berkeley: University of California, 2012.

LAGUARDIA, J.; CARRARA, S. Onde há fumaça há desvio. 2010. 39-44p. *In*: VERAS, R (org.). **Riscos à saúde**: fumaça ambiental do tabaco – pontos para um debate. Rio de Janeiro: *s.n.*, 2010.

LATOUR, B. **Reassembling the social**: an introduction to actor-network-theory. Oxford: Oxford University, 2005.

LOWENKRON, L.; FERREIRA, L. Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Virtual Brazilian Anthropology**, 2014.

RIO DE JANEIRO. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). **Resolução n. 03/2015**. Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI destinada a investigar e apurar as causas e consequências do consumo de *crack* no estado, 2015.

SANTOS, MARIA PAULA GOMES. Introdução. *In: Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a. p. 9-16.

SANTOS, MARIA PAULA GOMES. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. *In: Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018b. p. 17-36.

TEIXEIRA, C. C. Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira. *In: CASTILHO, S. R. R.; LIMA, A. C. S; TEIXEIRA, C. C. (orgs.). Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Faperj, 2014.

# CAPÍTULO 12

## A POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM DOIS CONTEXTOS SUBNACIONAIS: DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Maria Paula Santos<sup>105</sup>

Roberto Pires<sup>106</sup>

Beatriz Brandão<sup>107</sup>

Luiza Rosa<sup>108</sup>

### 1 Introdução

**E**ste artigo analisa a implementação da *Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAUAD)*,<sup>109</sup> introduzida no início dos anos 2000, em dois contextos nacionais: o Distrito Federal e a cidade do Rio de Janeiro. Apoiando-se em pesquisa empírica de natureza qualitativa, realizada em serviços públicos de saúde mental desses dois territórios, o texto orienta-se pela perspectiva da análise de implementação de políticas públicas e assinala diferenças e

<sup>105</sup> Doutora em Ciência Política (IUPERJ), Técnica de Planejamento e Pesquisa do IPEA. Correo eletrônico: [maria.santos2@mj.gov.br](mailto:maria.santos2@mj.gov.br)

<sup>106</sup> Doutor em Ciência Política (MIT), Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA. Correo eletrônico: [roberto.pires@ipea.gov.br](mailto:roberto.pires@ipea.gov.br)

<sup>107</sup> Doutora em Ciências Sociais (PUC-RJ), foi pesquisadora associada do IPEA entre 2019 e 2020. Correo eletrônico: [brandao.beatrizm@gmail.com](mailto:brandao.beatrizm@gmail.com)

<sup>108</sup> Mestranda em Antropologia Social (UnB), é pesquisadora associada do IPEA desde 2018. Correo eletrônico: [luiza.rosa@ipea.gov.br](mailto:luiza.rosa@ipea.gov.br)

<sup>109</sup> Cf.: BRASIL, 2003.

semelhanças entre os processos por meio dos quais a política mencionada tem ganhado concretude nestas duas unidades da federação. O trabalho procura ainda explorar as possíveis implicações das variações encontradas.

Objeto de interesse do campo de políticas públicas há longa data, a implementação é momento crucial para explicar os próprios efeitos das políticas. Fase final do ciclo de políticas públicas, momento em que se realizam suas entregas, a implementação implica na tradução de princípios e diretrizes gerais em bens e serviços à população, o que é feito por um número muito maior de atores, os quais, muitas vezes, não participaram diretamente da elaboração da política. Conforme a literatura, este momento é problemático porque é ali que as políticas públicas sofrem alterações e acomodações, que podem promover discrepâncias importantes entre o plano posto no papel e sua realização efetiva (Cavalcanti, Lotta e Pires, 2018; Lipsky, 1980; Pressman e Wildavsky, 1973).

Políticas públicas implementadas de forma descentralizada — caso das políticas de saúde brasileiras, por exemplo — oferecem interessante oportunidade para a observação destas metamorfoses, uma vez que cada unidade da federação tem autonomia para organizar a produção dos serviços em seu território, assim como para, dentro de certos limites, conferir orientação política própria a programas nacionais, de acordo com os objetivos dos grupos políticos que controlam o poder local. Variações locais de uma mesma política nacional também podem decorrer das diferentes capacidades institucionais, organizacionais e burocráticas de cada administração local, assim como da infraestrutura educacional disponível na região — universidades, institutos de pesquisa, centros de formação etc. — e a própria economia moral (FASSIN, 2015) dos agentes de linha de frente da política.

A análise do que acontece na linha de frente dos serviços públicos tem sido uma das abordagens mais potentes para a compreensão dos efeitos da implementação nos resultados das políticas. Privilegiando a perspectiva *de baixo para cima (bottom up)* esta abordagem aposta na micropolítica das interações entre agentes da linha de frente e beneficiários como fator explicativo dos seus resultados das políticas. Segundo os autores que a utilizam, é nestas interações que se pode reconhecer os pequenos atos e decisões cotidianas que denotam as transformações e adaptações sofridas pelas políticas públicas (LIPSKY, 1980; HUPE & HILL, 2007; FASSIN, 2015).



O estudo da PAUAD por esta lente analítica faz sentido na medida em que esta política ambicionava introduzir um novo modelo assistencial no Sistema Único de Saúde, que mirasse além das dimensões estritamente sanitárias dos usos problemáticos de substâncias psicoativas e que enfrentasse a necessária agenda da garantia dos direitos dessas pessoas, historicamente criminalizadas e estigmatizadas. Ao estabelecer uma ruptura com o paradigma tradicional de cuidados neste campo, a PAUAD cobra, em sua implementação, o efetivo reposicionamento cognitivo e subjetivo de seus implementadores – sejam eles as autoridades de saúde locais, sejam os profissionais do cuidado que atuam na linha de frente - acerca do uso de drogas e dos usuários, sem o que seus princípios e diretrizes restam quiméricos.

Ao estudar a implementação da PAUAD nos contextos do Rio de Janeiro e do Distrito Federal, observamos variações importantes entre os casos, no que se refere especialmente ao modelo de produção dos serviços e às formas de gestão do trabalho. Diante disso, nos interessou analisar se e/ou em que medida estas variações impactam a própria concretização das inovações propostas pelos documentos fundacionais da política.<sup>110</sup>

Para fazê-lo, o artigo descreve os modelos de implementação da PAUAD nos dois contextos locais e, em seguida, examina percepções e práticas das equipes profissionais dos serviços públicos de atenção para álcool e outras drogas acerca de duas questões fundamentais para o sucesso das inovações introduzidas pela política: o cuidado em liberdade e a aplicação da lógica da redução de danos. Enquanto a captação das representações acerca da lógica redução de danos não requereu muito mais do que perguntas muito diretas aos interlocutores da pesquisa (*o que o senhor ou senhora entende por redução de danos?*), o tema do cuidado em liberdade foi abordado a partir das percepções dos profissionais e gestores sobre as comunidades terapêuticas e seu papel no cuidado às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas.

Os dados empíricos que sustentam esta análise foram obtidos por meio de pesquisas qualitativas de inspiração etnográfica, realizadas entre 2018 e 2020, nos sete Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) do Distrito Federal; e, na Cidade do Rio de Janeiro, em quatro

<sup>110</sup> Cf.: Brasil, 2002; BRASIL, 2003; BRASIL, 2005.

CAPS-AD e uma Unidade de Acolhimento Adulto (UA). O trabalho de campo envolveu observação das atividades cotidianas dos serviços — em salas de espera e recepções, grupos terapêuticos, reuniões de equipes, assembleias de usuários e ocasiões festivas - e entrevistas com gestores, profissionais e usuários destas unidades. No DF realizamos também algumas entrevistas com dirigentes de Comunidades Terapêuticas.

O artigo encontra-se organizado em quatro seções, incluindo esta introdução. A seção 2 descreve e analisa a implementação da PAUAD nos dois contextos mencionados. A seção 3 traz uma análise comparativa dos dois modelos de implementação e das representações dos agentes de linha de frente sobre RD e o papel das CT's. A seção 4 apresenta nossas considerações finais.

## **2 A Implementação da Pauad em dois Contextos**

Reivindicando a questão dos usos problemáticos de substâncias psicoativas (SPA) como tema de Saúde Pública — e não de polícia, como sempre foi tratada pelo Estado brasileiro — a PAUAD inaugurou a participação da área de saúde mental do Ministério da Saúde na gestão do problema público das drogas. Caudatária da Reforma Psiquiátrica, introduzida no país em fins do século anterior BRASIL (2001), esta política compartilha dos mesmos princípios e diretrizes desta reforma: desospitalização/desinstitucionalização; atenção psicossocial; e produção do cuidado em liberdade, por meio redes intersetoriais de políticas públicas, em serviços de base territorial e comunitária. Além disso, no caso específico da atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a política recomenda que os serviços adotem a lógica da redução de danos. No que se segue, apresentamos as formas pelas quais as autoridades locais do Distrito Federal e da cidade do Rio de Janeiro tem colocado a PAUAD em ação.

### **2.1 Distrito Federal**

A implementação da PAUAD no Distrito Federal completou-se bem mais tarde do que em outras unidades da federação. Até 2011, haviam ali apenas dois CAPS-AD, o que resultava em baixa cobertura populacional por esses serviços. Este quadro se alterou a partir da vigência do programa *Crack, é possível vencer* (BRASIL, 2010 e 2011), quando novos recursos aportados

pelo governo federal. O DF conta atualmente com sete CAPS-AD e uma UA. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local está sob a coordenação técnica da Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISAM), unidade da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do GDF.

### *2.1.1 Modelo de produção dos serviços*

Os serviços de atenção psicossocial são produzidos por administração direta do governo do Distrito Federal,<sup>111</sup> em equipamentos próprios, com servidores concursados e integrados ao quadro de servidores efetivos da administração distrital, pelo regime jurídico único dos servidores públicos (RGU) (BRASIL, 1990). As equipes têm caráter multiprofissional, dispendo de assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e técnicos de enfermagem.

Segundo relatos de alguns destes profissionais, sua lotação nos CAPS-AD, após aprovação em concursos, teria sido recebida com surpresa por muitos deles, uma vez que não estava explícito, nos editais destes concursos, a quais serviços eles seriam direcionados. Alguns disseram que jamais tinham ouvido falar nos CAPS-AD anteriormente. Também fomos informados que o GDF não realizou formação específica destes profissionais antes da sua entrada em serviço, embora entre 2011 e 2015, a Diretoria de Saúde Mental promovesse reuniões mensais com as equipes de todos os CAPS-AD para a troca de informações e debates sobre a condução dos serviços.

Procuramos saber ainda que tipo de formação específica ou experiência — em saúde mental e/ou AD — os profissionais entrevistados haviam recebido antes de sua entrada nos serviços de atenção psicossocial do Distrito Federal. Os dados levantados apontam que, de um conjunto de 55 entrevistados,<sup>112</sup> 28 % não receberam qualquer formação específica, nem antes nem depois de terem assumido suas funções nos CAPS-AD,

<sup>111</sup> De acordo com Savas (1987, *apud* Coelho e Greve, 2016), embora a provisão de serviços de saúde seja uma clara atribuição do Estado, sua produção pode ser feita tanto pelo próprio Estado, quanto por empresas ou outros tipos de organização contratadas por ele, como as Organizações Sociais (OS) ou empresas.

<sup>112</sup> As frequências aqui apresentadas devem ser tomadas com cautela, uma vez que nossos interlocutores não compõem uma amostra estatística representativa do universo dos profissionais dos CAPS-AD do Distrito Federal.

enquanto 38 % disseram ter recebido apenas informações superficiais. Além disso, 60 % indicaram não ter tido qualquer experiência profissional anterior no campo. Entre todos os nossos interlocutores, apenas um relatou experiência prévia, obtida antes de seu ingresso na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Embora o GDF conte com uma Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), que oferece o programa *Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto*, os relatos de gerentes e profissionais dos CAPS-AD indicam que a administração distrital não proporciona formação continuada ou capacitação para os profissionais da RAPS, no campo de álcool e drogas.

Os profissionais dos serviços também não contam com supervisão clínica rotineira. O único espaço institucional para discussões sobre a condução do trabalho são as *reuniões de equipe*. Estes encontros ocorrem semanalmente em todos os CAPS-AD, conforme pudemos constatar. Nestas ocasiões, discute-se casos, práticas e condutas clínicas e frequentemente emergem debates sobre as diretrizes da PAUAD e seus conceitos-chave. A participação dos profissionais mais experientes, ou com formação mais sólida é vista pelos colegas como “muito importante”, para a qualificação dos serviços prestados e para o aprendizado coletivo das equipes.<sup>113</sup>

Por outro lado, durante o trabalho de campo e por meio de nossas interações com as equipes, observamos que a insuficiência de atividades de formação sistemáticas e a ausência de supervisão clínica regular não impediram que muitos profissionais dos CAPS-AD do Distrito Federal tenham desenvolvido um sentido de missão em relação ao seu trabalho e certo ativismo profissional (Abers, 2019) alinhado com as pautas dos movimentos pró-saúde mental<sup>114</sup> e da Reforma Psiquiátrica.

### 2.1.2 Interpretações dos profissionais sobre o conceito de RD no contexto da política

Por outro lado, o déficit de formação e supervisão clínica permanentes parece ter consequências para a compreensão de alguns profissionais sobre algumas diretrizes da PAUAD. O exemplo mais notável são as polêmicas

<sup>113</sup> Em conversa com ex-gestores da área de saúde mental do GDF, fomos informados que entre 2011 e 2015 (aproximadamente) a DISAM organizava fóruns colegiados para formação e troca de experiências entre os diversos CAPS-AD. Mas esta prática teria sido abolida por gestores que os sucederam.

<sup>114</sup> Representado, entre outros, pela Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME.

que se travam em torno do significado da redução de danos no contexto da RAPS. Consideradas as entrevistas realizadas com 55 profissionais, 61 % deles apontaram algum tipo de dificuldade para compreender este conceito. As entrevistas evidenciaram também que há muitas discordâncias entre as equipes quanto ao que seria a aplicação da RD nos serviços. Segundo uma de nossas interlocutoras, o conceito de RD é muitas vezes entendido pelos profissionais como *redução gradativa do uso de substâncias*, ou como *substituição de uma substância por outra*, considerada menos prejudicial. Na sua opinião, estas interpretações estariam distantes da proposta da política, que menciona a RD como uma *lógica*, ou *ética do cuidado*:

Eles têm uma visão de que Redução de Danos é reduzir droga, é reduzir o consumo. Ou mudar o consumo de uma droga mais pesada, mais danosa, para uma droga mais leve, mais tranquila. Eu não enxergo assim. [...] Para mim, o paciente vir ao CAPS, ao invés de estar usando drogas, é uma redução de danos; o paciente continuar usando e conseguir voltar a trabalhar, é uma redução de danos; o paciente conseguir viver em família... Qualquer ganho que ele tenha, com alguma ação dentro do tratamento, da recuperação, é uma redução de danos (Psic. CAPS-AD DF).

Encontramos também profissionais que se mostraram resistentes ao uso da estratégia:

Eu acho que ela [a RD] não se aplica e não funciona. Porque todo paciente que a gente começa a trabalhar com essa questão, ele fica um tempo sem usar, depois ele volta a querer usar de novo. Vai ter uma recaída. O tratamento é não ter contato. Eu sempre vejo que vai pra redução de danos, depois tem a recaída, e tem uso abusivo, e volta. Eu não vejo a redução de danos como um tratamento (Téc. Enf. CAPS AD DF).

Um terceiro grupo, por fim, adota uma postura quanto RD a que chamamos de *pragmática*, na medida em que, inclusive, pode ser utilizada como um caminho para a abstinência:

Eu entendo que redução de danos é uma possibilidade. Eu não diria que ela é a única. A gente trabalha com o que o paciente demanda [...]. Quem traz isso é o paciente, a gente faz um acordo com ele (Ger. CAPS-AD #2).

Na verdade, a redução de danos é uma estratégia do tratamento. Ela não pode ser considerada meta final. Eu, particularmente, vejo que o ideal para o tratamento da dependência química é a abstinência, sem dúvida. [...] a redução de danos não é um fim, ela é um meio (Méd. Clin. CAPS-AD DF).

### 2.1.3 Percepções sobre relações entre CAPS-AD e CT's e o princípio do tratamento em liberdade

Outro princípio orientador da PAUAD, que distingue o modelo de cuidado que ela preconiza é o do *tratamento em liberdade*. O empenho pela *desospitalização*, ou *desinstitucionalização* dos cuidados é um dos principais pilares da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a triste tradição de isolamento social, maus tratos e violação de direitos praticadas em instituições asilares fechadas. Deve-se a este argumento, inclusive, a continuada objeção, de parte de atores do campo *antimanicomial*, ao modelo de cuidado praticado pelas comunidades terapêuticas — ainda que estas tenham sido incluídas na RAPS a partir de 2011, como serviços residenciais transitórios. (BRASIL, 2011).

Não obstante, observamos que, na região do Distrito Federal, a colaboração entre CAPS-AD e CT's é bastante frequente e intensiva, ainda que marcada por conflitos.<sup>115</sup> Em 2019, o DF contava com cerca de 25 CT's (CODEPLAN, 2013) e treze delas possuíam convênios, ou termos de parceria firmados com o GDF. É comum que profissionais dos CAPS-AD solicitem vagas para acolhimento de seus pacientes em CT's conveniadas, assim como é frequente a busca dos CAPS-AD por CT's, para a realização de atendimentos individuais para seus *acolhidos*,<sup>116</sup> especialmente para consultas com psiquiatras, para obterem prescrição ou dispensação de medicamentos psiquiátricos.

Alguns profissionais e gestores explicam a intensa colaboração pela escassez de UAs (unidades de acolhimento) na região (o Distrito Federal conta com apenas uma UA, com doze vagas, frequentemente ocupadas). Por outro lado, pode-se também entender esta colaboração a partir da perspectiva de alguns profissionais e gerentes, que entendem que haveria uma complementaridade entre os dois serviços:

<sup>115</sup> Os conflitos se dão em torno, muitas vezes, de incompatibilidades de agenda entre os dois serviços, mas também podem envolver divergências de fundo quanto aos métodos terapêuticos praticados por cada instituição. Cf.: Santos e Pires, 2020.

<sup>116</sup> Termo utilizado pelas CT's para designar as pessoas que passam por seus tratamentos.

[...] acho que são formas diferentes, mas eu acho que são complementares. Eu não sou totalmente contra [as CT's]. Eu acho que, muitas vezes, a gente encaminha porque a pessoa se identifica, pede para ir, quer sair desse ambiente de uso. E às vezes, ficar só aqui no CAPS não adianta, porque o CAPS é portas abertas. (Terapeuta Ocupacional, CAPS DF)

Alguns consideram, inclusive, que as CT's agregam recursos ao tratamento, por incluírem a dimensão religiosa “eu acho que o paciente tem que ter algo maior para ele se apegar. E muitos, às vezes, não têm. Não têm família, não têm nada. Então, a religião, eu acho que ajuda muito” (Farmacêutica, CAPS-AD E).

A cooperação entre CAPS-AD e CT no Distrito Federal também foi constatada pela análise de dados sociométricos que coletamos na pesquisa, por meio de um formulário, apresentado tanto aos profissionais dos CAPS-AD, quanto de CT's, onde estes interlocutores foram instados a apontar os serviços e organizações com os quais haviam mantido contatos nos últimos seis meses. De um rol de mais de quinze instituições — outros serviços de saúde, serviços de assistência social, assim como instituições do sistema de justiça e segurança pública etc. — as CT's apareceram como as parceiras mais mencionadas, entre aquelas às quais profissionais e gerentes dos CAPS-AD fizeram demandas nos últimos seis meses. Dentre as instituições das quais estes mesmos agentes receberam demandas, as CT's situam-se em terceiro lugar (após os órgãos do sistema de justiça e de outros CAPS-AD), tendo sido mencionadas por 85 % deles (SANTOS; PIRES, 2020).

Foi possível constatar, entretanto, que as relações entre os CAPS-AD e as CT's, no Distrito Federal, são frequentemente atravessadas por disputas, tensões e críticas de parte a parte, seja porque identificam dissonâncias entre os dois modelos (abstinência x redução de danos; cuidado em liberdade x internação e isolamento social), seja porque nem sempre estes agentes conseguem se coordenar adequadamente para o atendimento de sua clientela em comum acordo.

## *2.2 Cidade do Rio de Janeiro*

A oferta assistencial a usuários de álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro está a cargo da Superintendência de Saúde Mental, órgão

vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em 2019, a cidade contava também com sete CAPS-AD, sendo três do tipo II e quatro do tipo III,<sup>117</sup> e duas Unidades de Acolhimento (UA), além de sete equipes de Consultório na Rua, que também atendem à clientela AD que ocupa algumas cenas de uso na cidade<sup>118</sup>. Esta pesquisa abordou três CAPS-AD do tipo III e um do tipo II.

### *2.2.1 Modelo de produção dos serviços*

Diversamente do Distrito Federal, a SMS/RJ organiza a produção dos serviços de saúde mental em parceria com Organizações Sociais (OS), selecionadas mediante editais públicos da Prefeitura. Com recursos financeiros repassados pelo município, estas entidades se responsabilizam por administrar e prover a infraestrutura necessária ao funcionamento dos diversos equipamentos além da contratação e pagamento dos profissionais dos serviços.

O recrutamento destes profissionais é frequentemente feito junto aos programas de pós-graduação e de residência em saúde mental oferecidos pelas diversas instituições de ensino e pesquisa em saúde mental presentes nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói, um ativo legado pelo fato destes municípios, historicamente, terem sido polos importantes da mobilização da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No que se refere à formação dos profissionais, antes de seu ingresso nos serviços analisados, verificamos que, entre trinta profissionais entrevistados (três psicólogos, três enfermeiros, uma técnica de enfermagem, três médicos (psiquiatras e clínico-geral), dois farmacêuticos, três redutores de danos, uma assistente social, uma arte-terapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma comunicóloga, uma nutricionista, duas cuidadoras da UAA e um oficinairo), vinte e nove disseram ter participado de algum tipo de formação pós-graduada: dezenove passaram por especializações (residência em psiquiatria ou em saúde mental) e doze disseram ter feito outros cursos de saúde mental e/ou sobre álcool e outras drogas, em

<sup>117</sup> Vale destacar que, para a dimensão do território do município, essa rede ainda é insuficiente, mantendo grandes áreas sem cobertura de serviços.

<sup>118</sup> A cidade conta ainda com mais 27 CAPS (adultos e infantis) e com 91 Serviços Residenciais Terapêuticos, destinados a pessoas com outros transtornos.



instituições de fora do Rio de Janeiro.<sup>119</sup> Estes dados evidenciam que os profissionais da RAPS do Rio de Janeiro possuem maior preparo acadêmico do que suas contrapartes do Distrito Federal.

Não obstante, o vínculo empregatício desses profissionais é instável, assim como os salários, especialmente em face das frequentes crises fiscais que têm abalado o orçamento da área de saúde na cidade.

Por outro lado, as equipes dos diversos serviços de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro passam rotineiramente por supervisão clínico-institucional, oportunidade em que os profissionais refletem sobre suas práticas e são instados a ajustá-las. Segundo o Gestor de AD da Superintendência de Saúde Mental, a aplicação sistemática da supervisão clínico-institucional decorreria da forte influência da perspectiva psicanalítica no modelo de implementação da PAUAD na cidade, o que se reflete, por sua vez, na compreensão do uso de drogas e dos próprios usuários, conforme nos explicou um Redutor de Danos:

A psicanálise [...] me ajuda a ouvir o sujeito, a [...] buscar lá atrás o porquê de tudo isso hoje. E entender que a grande questão dele não é a droga. Tem alguma coisa lá no passado — às vezes esse sujeito nunca teve uma estrutura familiar, a única referência que ele tem de vida é a rua, ele nunca conheceu outro lugar, outra referência, a não ser a droga. E aí [...] você precisa cuidar disso [...] Porque a droga entra só como um refúgio. Você cuidando daquela outra ferida lá, você consegue tratar a droga (Redutor de Danos RJ).

Contudo, a permanência dos supervisores também depende das condições orçamentárias e financeiras da Prefeitura, o que submete as rotinas de supervisão a interrupções e descontinuidades.

### *2.2.2 Interpretações dos profissionais sobre o conceito de RD*

Diferenças de interpretação sobre as diretrizes da PAUAD também atravessam as equipes profissionais entrevistadas no município do Rio de Janeiro. A análise de suas percepções sobre a *lógica da redução de danos*

<sup>119</sup> Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), ou em cursos do próprio Ministério da Saúde. Algumas destas instituições oferecem cursos à distância, que podem ser seguidos pela Internet. O número total de profissionais que fizeram cursos – 31 – resulta do fato de que dois dos profissionais entrevistados passaram tanto por especializações e residência, quanto por outros cursos.

indica que, assim como no Distrito Federal, não existe entre eles uma compreensão amplamente compartilhada sobre este conceito. Segundo uma de nossas interlocutoras, “[...] não tem um conceito definido do que seja redução de danos, né? Você vai procurar [e] cada um vai definir de um jeito” (Assistente Social – RJ).

Contudo, observa-se aqui uma ligeira diferença com relação aos profissionais do Distrito Federal: os cariocas costumam justificar a aplicação da lógica da RD com base no próprio princípio da acessibilidade universal do SUS:

Eu acho que a redução de danos é a única possibilidade de garantir a acessibilidade. A gente não pode negar acesso a ninguém. [...] É para a gente ofertar cuidados para as pessoas, independente da opção que elas fazem, da opção que elas consigam fazer [...] (Psicóloga CAPS-AD RJ)

Por outro lado, nos deparamos também com discursos que denotam a resistência de alguns profissionais quanto à RD. Suas críticas se dirigem ao sentido mais “primitivo” e restrito do conceito: o da redução da intensidade ou frequência de uso de SPA; ou de substituição de uma substância por outras.

[...] você aconselhar alguém para reduzir dano é uma coisa muito complicada. Redução de danos, para o dependente químico, não dá! [...] O que caracteriza a dependência? É a incapacidade de manejo, de controle, de administração daquilo. [...] Do ponto de vista individual, aconselhar alguém: “bebe só um pouquinho” ou “use só um pouquinho” é muito complicado. Eu não conheço dado que suporte essa orientação (Médica Clínica RJ).

Como ocorreu no Distrito Federal, também apareceu nas entrevistas do Rio de Janeiro a perspectiva que denominamos de *pragmática*, isto é, aquela segundo a qual o uso da RD - entendida em seu sentido mais restrito — depende do paciente, de seu desejo, das suas condições clínicas, ou ainda da avaliação que o profissional faça sobre ele:

A gente vai vendo, individualmente, o quanto que a gente pode exigir de cada pessoa. Algumas pessoas, a gente vai trabalhar com um limiar bem baixo de exigência. O mínimo que a pessoa conseguir reduzir já é um avanço. Outras pessoas a gente já pode exigir um pouquinho mais (Enfermeira RJ).

Chamou a nossa atenção a menção de uma profissional ao desafio que representa para ela a busca pelo seu reposicionamento cognitivo e subjetivo acerca da questão do uso de drogas:

A gente trabalha na lógica da redução de danos [...]. Então, é um super desafio. [...] Mesmo que eu me sinta muito atuante à frente disso, eu sempre me pego pensando: “Eu não vou ter julgamento moral!”. Eu acho que essa é a grande questão. O uso da droga ilícita é uma questão moral, na maioria, no senso comum. E não tem jeito: a gente vai se pegar tendo algum julgamento (Enfermeira RJ).

### *2.2.3 Percepções sobre relações entre CAPS-AD e CT's e o princípio do tratamento em liberdade*

Assim como ocorreu no Distrito Federal, o tema do “tratamento em liberdade” foi explorado junto aos profissionais do Rio de Janeiro a partir de suas percepções sobre as comunidades terapêuticas e suas relações com os CAPS-AD. A Prefeitura do Rio de Janeiro também financia vagas nestas instituições, mas, à diferença do Distrito Federal, o faz através da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH). Tendo em vista que, no período da pesquisa, a cidade tinha um prefeito que é pastor evangélico, havia considerável incentivo da Prefeitura ao internamento de usuários de SPAs em CT's, especialmente naquelas vinculadas a denominações evangélicas. Por outro lado, desde as primeiras conversas que tivemos com os gestores da área de saúde mental do Rio de Janeiro, fomos informados de que a Secretaria de Saúde não mantinha cooperação nem ações conjuntas com CT's, o que restou comprovado com o progresso do nosso trabalho de campo.

A maioria dos profissionais entrevistados no Rio de Janeiro declarou não conhecer com propriedade qualquer CT, nem seus métodos. Dizem que as informações que dispõem lhes foram passadas por pacientes que passaram por elas. Mas, mesmo sem conhecê-las, o tom geral de seus comentários é bastante crítico. Um argumento frequentemente mobilizado em desfavor das CT's é o da ineficácia do isolamento social, pressuposto do seu modelo. Para diversos interlocutores, o isolamento não contribuiria para que o paciente venha a enfrentar as “dificuldades da vida”:

Eu não vejo sentido a pessoa passar dois, três meses, ou mais, em algum lugar e depois voltar para a vida. Quando ela volta, os problemas vão estar lá. A vida não vai mudar, porque a pessoa não trabalhou os problemas, só ficou isolado. [...] Acredito no trabalho no dia a dia, que é o trabalho da vida (Enfermeira RJ).

Não faltam também objeções ao componente religioso das CT's, entendido como uma forma de violência aos internos. Para uma interlocutora, a religiosidade das CT's estaria associada a uma moralidade que é deletéria aos pacientes, na medida em que eles desenvolveriam sentimentos de culpa por não corresponderem a supostas expectativas de *Deus*, às vezes atribuindo seu sofrimento a um castigo divino. Outros referem-se à rigidez disciplinar destas instituições.

Apesar das diversas críticas, nossos interlocutores asseveram que decisões quanto a se internar, ou não, em CT's cabem exclusivamente aos pacientes e que, a qualquer tempo, deve lhes ser assegurada sua autonomia decisória, “[...] Tem pacientes que escolhem, por vias próprias, ir a uma comunidade terapêutica. A gente não tem como impedir. [...] É [seu] direito. [Ele tem] autonomia de poder decidir”. (Diretora de CAPS-AD RJ)

Como se pode constatar, a experiência de implementação da PAUAD no RJ distingue-se da DF pela desconexão entre CAPS-AD e CT's naquele território, e pela postura invariavelmente crítica de seus profissionais em relação às CT's.

### 3 Modelos de Implementação e suas Implicações

Tendo em vista a descrição anterior dos dois contextos de implementação da PAUAD, buscamos nesta seção uma abordagem comparativa dos mesmos. O primeiro eixo de comparação que nos parece relevante é o que se refere ao modelo de produção dos serviços adotado em cada local. Enquanto o Distrito Federal adota um modelo de *produção direta*, com profissionais concursados e integrados ao seu quadro de servidores públicos, o arranjo adotado pela cidade do Rio de Janeiro prevê a intermediação de Organizações Sociais (OS). Muito se tem publicado a respeito do

recurso às OS para a produção de serviços públicos de saúde, discutindo-se as vantagens ou desvantagens deste modelo, ou avaliando-se os custos e riscos envolvidos em cada opção (COELHO; GREVE, 2016). Nossa abordagem, aqui, não passa por estes debates, mas visa apontar as implicações e repercussões de cada modelo para a operacionalização dos serviços e para a consolidação das propostas de inovação trazidas pela PAUAD.

O modelo de *produção direta*, adotado pelo DF, em que os profissionais são recrutados por concursos públicos e gozam de estabilidade nos seus postos de trabalho, reduz a rotatividade dos trabalhadores, assim como os riscos de não recebimento regular de salários e benefícios pelos trabalhadores. Assegura-se, assim, considerável estabilidade às equipes e à prestação de serviços, o que, no longo prazo, favorece ao aprendizado coletivo. Como vimos, o aprendizado, construído coletivamente nas reuniões de equipe, podem compensar, minimamente, a reduzida formação acadêmica prévia dos profissionais. Constatamos também, no Distrito Federal, que, mesmo diante do crônico subfinanciamento dos serviços, e das frequentes ameaças de desmonte da PAUAD nos últimos anos, as rotinas dos CAPS-AD têm sido mantidas.

Já no caso do Rio de Janeiro, a terceirização dos serviços para OS e os vínculos temporários de trabalho dos profissionais submetem os serviços a grande instabilidade. Durante nossa pesquisa, em 2019, a Prefeitura enfrentou grave crise fiscal, que redundou na suspensão de repasses às OS. Em função disso, alguns CAPS-AD tiveram o fornecimento de água, eletricidade e alimentação suspensos, além dos salários dos profissionais (interrompidos por dois meses), seu 13.<sup>o</sup> salário e o auxílio transporte. Houve também cortes de pessoal, o que provocou a sobrecarga dos profissionais e a suspensão temporária de alguns atendimentos. Uma greve dos trabalhadores vinculados às OS, no período, impactou ainda mais as rotinas assistenciais.

Por outro lado, tratando-se de uma política, como a PAUAD, em que a adequada formação profissional é variável estratégica para a implementação de suas inovações, a presença de um grande número de centros de ensino e pesquisa, alinhados com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, confere à cidade do Rio de Janeiro algumas vantagens sobre o DF, na medida em que há ali grande disponibilidade de profissionais pós-graduados e treinados nos parâmetros da própria reforma, que constituem,

virtualmente, um amplo exército de reserva para a RAPS local. Esta grande oferta de profissionais qualificados, aliada ao vínculo trabalhista instável estabelecido com os trabalhadores, favorece à sua substituição a qualquer tempo, se os mesmos se mostrem, por exemplo, pouco alinhados com as diretrizes definidas pela gestão local da política. Dessa forma, esta gestão pode ser bem mais precisa na seleção e no recrutamento de seus agentes de linha de frente e lograr maior homogeneidade cognitiva e subjetiva de suas equipes.

Isto pôde ser constatado pela análise comparativa das percepções dos profissionais de ambos os contextos, acerca da questão do cuidado em liberdade (*vis à vis* o cuidado em CT's). Enquanto no Distrito Federal encontramos a prática disseminada de cooperação (ainda que conflitiva) entre CAPS-AD e CT's, além do entendimento de muitos profissionais, de que estes serviços podem ser complementares, os agentes de linha de frente da RAPS no Rio de Janeiro se mantêm completamente distantes das CT's e refutam qualquer possibilidade de trabalho conjunto com elas — mesmo que, como dizem, não as conheçam muito.

A prática de supervisão rotineira das equipes do Rio de Janeiro é outro fator que colabora para sua a homogeneidade, na mesma medida em que a falta dela, certamente, contribui para a maior heterogeneidade cognitiva entre os profissionais do Distrito Federal.

Vale registrar que, no caso das percepções sobre a lógica da redução de danos e sua operacionalização nos serviços AD, não encontramos muitos contrastes entre as equipes do Rio de Janeiro e do Distrito Federal. Até onde nossa pesquisa nos levou, há em ambos os contextos muitas dúvidas e questionamentos sobre os significados do conceito e sua aplicação, o que sugere que há ainda um debate a ser feito — ou retomado — sobre esta questão, junto aos profissionais do campo AD, tendo em vista a efetiva assimilação e/ou consolidação das inovações introduzidas pela PAUAD.

Mas também nos parece claro, por outro lado, que, mesmo duvidando sobre a eficácia da RD (seja qual for sentido atribuído ao conceito), os profissionais do Rio de Janeiro se reconciliam com esta diretriz da PAUAD com base no princípio da acessibilidade universal do SUS – argumento que não foi jamais mobilizado pelos profissionais do Distrito Federal, tivessem eles uma postura entusiasta, resistente ou pragmática com relação à RD.

A análise aqui apresentada não pretendeu comparar resultados clínicos

dos diferentes modelos de implementação da PAUAD, nem apontar a superioridade de um modelo sobre outro. Nossa intenção foi, antes, trazer dados empíricos que revelassem como a política tem sido operacionalizada na ponta e mostrar as diversas possibilidades de sua implementação pelas administrações locais. Pretendemos também indicar que formas de implementação distintas têm implicações diferentes sobre os bens e serviços que uma mesma política pública entrega à população.

## Referências

ABERS, Rebecca. Bureaucratic Activism: Pursuing Environmentalism Inside the Brazilian State. **Latin American Politics and Society**, 61:2, University of Miami, 2019.

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm). Acesso em: 19 dez 2022.

BRASIL. Lei n. 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816 de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816\\_30\\_04\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html). Acesso em 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0204.pdf>. Acesso em 19/12/2022 . Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.028, de 1 jul. 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. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.088, de 26 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). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília (DF), n., p. 59, 30 dez. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 19 dez. 2022.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G.; PIRES, R. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. *In*: **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. PIRES, Roberto; LOTTA, Gabriela; OLIVEIRA, Vanessa Elias de (orgs.). Brasília: Ipea/Enap, 2018.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas no Distrito Federal**. Brasília, 2013.

COELHO, Vera S. P.; GREVE, Jane. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2016, p. 867-901, 2016.

FASSIN, D. Governing Precarity. *In*: FASSIN, Didier (org.). **At the Heart of the State - The Moral World of Institutions**. London: Pluto, 2015. Disponível em: [www.plutobooks.com/Introduction](http://www.plutobooks.com/Introduction).

HUPE, P.; HILL, M. Street-level bureaucracy and public accountability. **Public Administration**, v. 85, n. 7, p. 279-299, 2007.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. B. **How great expectations in Washington are dashed in Oakland**. University of California. Berkeley (LA – USA), 1973.

SANTOS, M. P.; PIRES, R. **Antagonismo cooperativo na provisão de cuidado a usuários de drogas no distrito federal**: conflitos e parcerias entre CAPS-AD e CT. Rio de Janeiro/Brasília: Ipea, 2020 (Texto para Discussão 2604).



# CAPÍTULO 13

## SAÚDE MENTAL, DROGAS E COMUNIDADES TERA- PÊUTICAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tathiana Meyre da Silva Gomes<sup>120</sup>

Rachel Gouveia Passos<sup>121</sup>

Giulia de Castro Lopes de Araujo<sup>122</sup>

Jessica Farias de Souza<sup>123</sup>

<sup>120</sup> Pós-doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/Rio). Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (ESS/UFF) e Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional (PPGSSDR/UFF). Pesquisadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS). Coordenadora da pesquisa Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro. Correio eletrônico: [tathianagomes@id.uff.br](mailto:tathianagomes@id.uff.br)

<sup>121</sup> Pós-doutora em Serviço Social e Políticas Sociais pela Universidade de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) e Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense (PPGPS/UFF). Coordenadora dos seguintes projetos: Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos e do Projeto de Pesquisa e Extensão Encruzilhadas: diálogos antirracistas. Pesquisadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS). Coordenadora da pesquisa Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro. Correio eletrônico: [rachel.gouveia@gmail.com](mailto:rachel.gouveia@gmail.com)

<sup>122</sup> Assistente Social formada pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional (PPGSSDR/UFF). Pesquisadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS). Integrante do Projeto de Pesquisa e Extensão Encruzilhadas: diálogos antirracistas e da pesquisa Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro. Correio eletrônico: [giuliaclaraujo@gmail.com](mailto:giuliaclaraujo@gmail.com)

<sup>123</sup> Assistente Social formada pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Correio eletrônico: [jfarias.seso@gmail.com](mailto:jfarias.seso@gmail.com)

## 1 Saúde Mental e Drogas: notas introdutórias

*Pensava-se que o manicômio era  
indestrutível e nós estamos provando que não.  
Entretanto, sabemos que mais adiante pode  
retornar sob novas formas e figuras: tudo isso faz  
parte dos riscos da luta.*  
(Franco Basaglia)

**A**té o início dos anos 2000 a política de drogas era eminentemente privada e manicomial sem alternativas expressivas pelo setor público, que lidava com o uso de drogas como caso de polícia (SILVA E CALHEIROS, 2017). No Brasil, a política pública de drogas se estabeleceu a partir dos anos 2000 concomitante às ações de cuidado dirigidas às pessoas com HIV/Aids e ao desenvolvimento de ações pela coordenação de saúde mental (ANDRADE, 2010), mais especificamente a partir do ano de 2003 quando o Ministério da Saúde assume este campo e lança a “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” indicando as ações da Redução de Danos como a direção hegemonia da política.

Influenciada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica essa política é considerada um avanço na área ao indicar o uso de drogas como uma questão de saúde pública, e reconhecer um atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente texto resgata marcos sociais e legais no campo da política de saúde mental, álcool e drogas no Brasil e destaca algumas das determinações conjunturais que contribuem na compreensão do cenário de espraiamento das comunidades terapêuticas no país e, particularmente, no município do Rio de Janeiro. Sem desconsiderar que as CT's brasileiras se constituem como um fenômeno complexo e diverso, o texto recupera suas características gerais e destaca a particularidade assumem no município do Rio de Janeiro, a partir de resultados preliminares da pesquisa “Saúde mental e drogas: o caso das comunidades terapêuticas no município do Rio de Janeiro” financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do

Rio de Janeiro (FAPERJ), vinculada a pesquisa interinstitucional “Políticas de drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro”.<sup>124</sup>

Enquanto um fenômeno diverso e complexo as CT's vem se constituindo como analisador e expressão do fortalecimento do tradicionalismo moral e da decadência dos sistemas universais de saúde na América Latina (LIMA; GOMES, 2020). No Brasil se inserem num cenário de contrarreforma psiquiátrica que se inicia no ano de 2011 e avança progressiva e lentamente até o ano de 2015 quando há um recrudescimento das pautas conservadoras no campo da saúde mental e drogas.

Uma chave analítica possível assumida para compreensão do fenômeno da expansão das CT's no Brasil constitui-se na relação entre o avanço conservador em sua nova faceta que tem produzido regressividades civilizatórias, o avanço do fundamentalismo religioso (em particular da vertente evangélica neopentecostal) e o projeto de contrarreforma psiquiátrica no Brasil.

A pesquisa tem como objetivo mapear as comunidades terapêuticas credenciadas e/ou que recebem financiamento públicos junto aos órgãos municipais. A escolha metodológica por este recorte (limitando o mapeamento às CT's credenciadas) deu-se em razão da impossibilidade de um levantamento que abarcasse todas as CT's por se tratar de instituições de que, além da volatilidade, não possuem documentação de registro que possibilitem algum nível de fiscalização, avaliação e controle social, uma vez que grande parte das instituições que se denominam como CT's funcionam sem documentação exigida pela regulamentação da Resolução 01 do CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas).

Para alcançar o objetivo proposto, a pesquisa realizou um levantamento de informações públicas disponibilizadas na internet, dados nos editais de financiamento nacional, estadual e municipal; listagem pública das CT's licenciadas pela vigilância sanitária e das CT's credenciadas; consulta ao mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil, Ministério

<sup>124</sup> A pesquisa “Saúde mental e drogas: o caso das comunidades terapêuticas no município do Rio de Janeiro” encontra-se vinculada à pesquisa interinstitucional “Políticas de drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro” conduzida pela Linha de Pesquisa “Trabalho, Saúde Mental e Drogas” do NUEPESS/UFF cujo objetivo é produzir um mapeamento das CT's em algumas regiões do Estado do Rio de Janeiro (cidade do Rio de Janeiro, Baixada Fluminense, Região Metropolitana II e Região Norte Fluminense). A pesquisa interinstitucional articula os seguintes cursos/Universidades: ESS/UFF (Niterói e Campos dos Goytacazes); ESS/UFRJ e ENF/UERJ. Desta forma, os dados que subsidiam o presente artigo são decorrentes do primeiro estudo realizado entre 2020 e 2021 no município do Rio de Janeiro, mas continuam em constante atualização.

da Cidadania; consulta aos relatórios sobre comunidades terapêuticas produzidos pelo IPEA, CFP e CFESS; pesquisas nos diários oficiais federal, estadual e municipal, além de levantamento de dados nos sítios virtuais de organização das comunidades terapêuticas tais como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), Cruz Azul no Brasil, Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas e instituições afins, entre outros.

O levantamento inicial foi realizado no período de agosto de 2020 a julho de 2021. A partir desse levantamento foram mapeadas 32 instituições localizadas no município do Rio de Janeiro. A partir dos resultados preliminares encontrados, desdobrou-se o segundo momento da pesquisa com realização de entrevistas com gestores.

Para as entrevistas estabeleceu-se como proposta metodológica o recorte das nove instituições financiadas pelo edital municipal da Secretaria de Ordem Pública, totalizando cinco gestores a serem entrevistados considerando que em dois casos o mesmo gestor era responsável por três instituições. Do total de cinco gestores, apenas dois foram entrevistados, totalizando quatro das nove instituições financiadas. Dos três gestores que não participaram da pesquisa, um deles alegou que só realizaria a entrevista presencialmente, mas a ida ao campo de maneira presencial não foi possível devido às medidas de segurança em decorrência da pandemia de covid-19. Quanto aos dois gestores restantes, as tentativas de contato não obtiveram êxito.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o número de parecer: 4.408.952 e CAAE: 38641420.1.0000.5582, e as entrevistas realizadas via ligação telefônica. O roteiro que orientou as entrevistas foi construído em formato de formulário e considerou as principais legislações que orientam o funcionamento das CT's, tais como a Resolução n. 01/2015 e 03/2020 do CONAD, a RDC n. 29 da Anvisa e a Portaria n. 562/2019, que cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred). Dessa forma, os gestores responderam perguntas sobre o território onde a CT está localizada, quantidade de vagas, perfil dos internos, equipe técnica e aspectos do trabalho desenvolvido.

Como resultados preliminares identificou-se um perfil de CT's similar ao encontrado nos Relatórios de fiscalização e inspeção (IPEA, 2017, CFP,

2018, CFSS, 2019) com algumas particularidades que são indicadas no presente texto, tais como a identificação de maior diversidade religiosa na direção e gestão das CT's, ainda que a hegemonia continue com a neopentecostal. Ademais, análise dos fenômenos conjunturais no caso das comunidades terapêuticas no município do Rio de Janeiro parece indicar, caso se mantenha o cenário atual, uma tendência de profissionalização de parte destas instituições no longo prazo como resultado, entre outras coisas, da necessidade de adequação às regulamentações para obtenção de financiamento público.

## **2 As Recentes Regulamentações como Reflexo das Disputas no Interior da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A regulamentação da Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu no ano de 2001, com a Lei n. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. A lei aprovada diverge em muitos pontos do texto original do projeto de lei nº3.657/89 que propunha a extinção dos manicômios e proibia a construção de novos hospitais ou a contratação de novos leitos, limitando-se, neste particular, a indicar o redirecionamento da política (HEIDRICH, 2017).

As modificações no texto refletem a disputa de poderes expressa em distintos projetos para o campo da saúde mental no Brasil e leva a considerar que a Lei n. 10.2016 é fruto de um conjunto de possibilidades colocadas numa determinada conjuntura histórica e, que, assim sendo, o processo de reforma psiquiátrica é marcado por correlações de forças entre grupos que disputam hegemonia na defesa de diferentes projetos de reforma psiquiátrica (PASSOS; GOMES, 2019).

De qualquer modo, a Lei n. 10.2016 se constitui como um marco regulatório, político e social fundamental para a reforma psiquiátrica, instituindo um novo modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico e uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPAs) no Brasil.

Em 2003 a Portaria. n. 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os efeitos do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Neste mesmo ano as

CT's foram incluídas e passaram a integrar a RAPS. Este movimento, apesar de pontual, constituiu um marco importante no que atualmente se denomina de processo de contrarreforma psiquiátrica brasileira.

Por sua vez, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, assinada também no ano de 2003, coloca centralidade nas ações baseadas na Redução de Danos como direção ética adequada ao tratamento do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Contudo, os desdobramentos da conjuntura que se seguiu a partir de 2015 e, especialmente, a partir da gestão da pasta da saúde mental pelo médico psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior, entre 2017 e 2019, demonstram tensões e embates em torno da centralidade do modelo de atenção. Este período demarca o aprofundamento no processo de contrarreforma psiquiátrica, do qual decorre as tentativas de desmonte da RAPS e, na mesma medida, os esforços para ampliação das CT's como serviço central para o atendimento da demanda de álcool e drogas.

Em 2019 o processo de contrarreforma psiquiátrica se intensifica com a publicado o Decreto n. 9.761 que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, promovendo, em última instância, o incentivo à expansão CT's. O Decreto preconiza que a Política Nacional Antidrogas seja conduzida por dois Ministérios - o Ministério da Justiça e Segurança Pública e o Ministério da Cidadania. Este último fica designado por ações que promovam a prevenção ao uso de drogas. Tais as ações ficam concentradas na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), sob coordenação de Quirino Cordeiro Júnior que assumiu este cargo após deixar a coordenação da pasta da saúde mental.

Como desdobramento quase imediato houve a abertura de editais de financiamento em distintas esferas, tais como o Edital 17/2019 do Ministério da Cidadania, o Edital 01/2019 da Secretaria de Ordem Pública do Município do Rio de Janeiro e o Edital 01/2020 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Na sequência de fatos, seguiu-se no ano de 2020, no bojo da crise sanitária por SARS-Cov-19, a publicação da Resolução n. 03/2020 pelo CONAD com objetivo de regulamentar o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas.

No final de 2020 foi publicada as Diretrizes para o modelo de atenção integral à saúde mental no Brasil. O documento promoveu alteração da RAPS



ao incluir a figura do hospital psiquiátrico na rede assistencial. Ademais, durante as medidas de isolamento social para conter a propagação do novo coronavírus a Portaria GM/MS n. 340 classificou as CT's como serviços essenciais, reconhecendo-as como instituições que desenvolvem atividades de assistência à saúde, assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade.

Desse modo, consideramos que o projeto de expansão das CT's é expressão do processo de disputa por hegemonia e direção da reforma psiquiátrica brasileira e tem sido impulsionado, principalmente, pelo incentivo financeiro oriundo dos editais de financiamento público destinados a subsidiar vagas nestas instituições.

Na pesquisa sobre o financiamento das CT's identificamos que os recursos disponibilizados através dos Editais públicos não são operacionalizados pelo Fundo Nacional de Saúde o que não nos permite afirmar que há um desfinanciamento direto da saúde mental. Não obstante, a realidade analisada demonstra um fenômeno de expressão da privatização não clássica da saúde (GRANEMANN, 2011) da qual decorre a apropriação do fundo público por entidades privadas e, conseqüentemente, o esvaziamento e o aprofundamento da precarização das políticas públicas. Ilustrativo deste processo é a comparação entre os recursos destinados a financiamento de CT's através do Edital n. 01/2018 SENAD, cujo montante pactuado chegava a 87 milhões de reais enquanto, no mesmo ano, a Portaria n. 3.659 suspendeu o repasse de R\$ 1.077.141,12 a serviços de base comunitária, territoriais e abertos como os CAPS, SRTs, UAs e Leitos de saúde mental nos hospitais gerais que compõe a RAPS. Se metodologicamente os dados não nos permitem afirmar que há um desfinanciamento direto da saúde mental, eles confirmam a tendência de privatização alinhada a uma gestão neoliberal desta política.

Não obstante, o processo de precarização e tendências de privatização não clássica na política de saúde mental e drogas não se dá de forma isolada ao que se processa no conjunto de políticas sociais e na própria política de saúde, sendo também um reflexo de tendências mais gerais. O tensionamento entre projetos antagônicos para o setor reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados pelo SUS, perceptível na entrega de um serviço precário fruto do projeto político de desmonte que se consolida na falta de recursos para instituições públicas, escoados para a esfera

privada. A proposta de saúde pública e universal parece estar na prática, sofrendo um processo de privatização passiva (SILVA, 2003; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O processo de precarização do conjunto de políticas sociais e, em particular, da política de saúde mental, como estratégia de condução da política social no neoliberalismo, deixa solo fértil para os processos de privatização. No início do ano de 2020, ao mesmo tempo em que os contratos de financiamento de vagas foram firmados com nove CT's no território, o contrato com a Organização Social Viva Rio, que administra 75 unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, foi rompido, deixando cinco mil profissionais em situação de aviso prévio. Ainda que a organização de sindicatos tenha conseguido reverter essa situação, a relação entre ações para impulsionar as CT's, por um lado, e de desmonte dos serviços públicos de saúde mental, por outro, não podem ser consideradas coincidências ou infortúnios. Este cenário evidencia a disputa de projetos e o que se consolida hoje no município é o crescente incentivo às instituições privadas na contramão do sucateamento da saúde pública, o que tem impactado diretamente a vida de trabalhadores e usuários da política de saúde mental e drogas.

Assim, considera-se que as eventuais lacunas existentes na RAPS são consequência do processo de implementação dessa política e de disputas de projetos antagônicos para o campo da saúde como um todo. Enfatiza-se que a implementação da RAPS ocorre à luz da lógica neoliberal que projeta as ruínas para os sistemas universais de saúde na América Latina: precarização que promove dessassistência e justifica a entrada/ampliação da atuação da iniciativa privada. No particular da saúde mental e drogas no Brasil esse processo tem se dado, principalmente, por meio do avanço da atuação das CT's.

### 3 Comunidades terapêuticas no município do Rio de Janeiro

O surgimento das CT's no território brasileiro data dos anos de 1960 e recebe forte influência do modelo estadunidense, pautado na reforma moral e individual (CAVALCANTE, 2019, PASSOS *et al.*, 2020, PASSOS, 2019, LIMA; GOMES, 2020). A despeito de não se configurar um modelo novo a produção de dados e informações sobre estas instituições no Brasil é considerada baixa. Isso se deve, sobretudo, às resistências de acesso das CT's para fins de estudos e pesquisas acadêmicas.

Ainda assim, os estudos disponíveis indicam que estas instituições possuem, em sua maioria, caráter religioso que se fundamentam no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), abrange tanto as tarefas de manutenção da própria comunidade, como atividades produtivas e de geração de renda (IPEA, 2017). Relatórios como CFP (2018) e CFESS (2018), apontam para a recorrência de situações de irregularidades e violações de direitos, mas ainda assim, tem se consolidado, principalmente nos últimos dois anos, como a principal estratégia do governo federal brasileiro para enfrentamento ao uso prejudicial de drogas.

Analisar o financiamento público de vagas em CT's no Brasil tem se demonstrado um desafio. Não existe, até o presente momento, uma rubrica dentro da Lei Orçamentária Anual para designar os gastos com financiamento de vagas em comunidades terapêuticas, complexificando este tipo de pesquisa. Essa foi uma das razões para tomarmos os editais de financiamento e as informações públicas decorrentes dele como uma das principais fontes para esta pesquisa.

O edital nacional de credenciamento n. 17/2019 credenciou 528 CT's em fevereiro de 2021 (20 delas localizadas no município do Rio de Janeiro) destinou R\$ 153,7 milhões, para as CT's. O valor de R\$ 153,7 milhões, destinados no ano de 2019, foi direcionado a 528 CT's. O montante era quase igual aos R\$ 158 milhões gastos anualmente com todos os CAPS do Brasil. Neste mesmo ano foi anunciado a intenção, pelo governo federal, de ampliação no investimento em CT's para R\$ 300 milhões, o que significaria pensar em um financiamento quase duas vezes maior em CT's em comparação com os CAPS.

No município do Rio de Janeiro, o último edital que firmou a contratação de vagas em CT's também foi lançado no final do ano de 2019. O edital de chamamento público n. 01/2019 divulgado pela Secretaria Municipal de Ordem Pública destina-se subsídios para o acolhimento institucional de 225 adultos/mês (18 a 59 anos de idade), de ambos os sexos, em unidades femininas ou masculinas, totalizando o valor de R\$2,7 milhões.

No âmbito deste edital, 9 CT's foram contempladas e as 225 vagas foram distribuídas da seguinte forma: 40 vagas na Instituição Marca de Cristo, 75 vagas distribuídas em 3 unidades da Maranatha, 65 vagas distribuídas em 3 unidades da Instituição Manassés, 25 vagas na Assistência Social Videira,

e 20 vagas na instituição Revivendo com Cristo. Do total de R\$ 2,7 milhões estabelecido nos contratos, a prefeitura repassou para as entidades R\$ 950 mil em 2020, os convênios foram prorrogados para o ano de 2021 sem sofrer alteração de valor.

Observamos que a prefeitura do município do Rio de Janeiro estabeleceu nos últimos anos seu próprio fluxo para fortalecer o projeto de ampliação das CT's. Durante o governo do prefeito Marcello Crivella, a coordenadoria da pasta de cuidado e prevenção às drogas do município ficou sob a direção de Douglas Manassés, fundador e presidente da Instituição Manassés, que teve três casas contempladas pelo edital municipal. Durante a sua atuação enquanto coordenador de cuidado e prevenção às drogas no município, Douglas Manassés estava afastado da direção das CT's, mas retornou logo após a saída da coordenação e sua não elegibilidade nas eleições para vereador no ano de 2020.

Por outro lado, a vigilância sanitária do município tem desempenhado um importante papel no processo de profissionalização das CT's promovendo cursos de capacitação para gestores. A esse respeito Loeck (2021) aborda o papel da Vigilância Sanitária com as CT's principalmente a nível municipal, indicando que atualmente sua organização apresenta lacunas e termina por permitir o funcionamento de entidades com sérios problemas estruturais. O referido estudo constata ainda que no transcurso da última década houve um afrouxamento nas resoluções da ANVISA em relação às exigências para o funcionamento regular de CT's no país.

A mudança de gestão da prefeitura do município, ocorrida em 2021 não alterou os tensionamentos em relação a direção para a política de drogas. Assim, houve o chamamento de novo edital de financiamento de vagas em CT's, dessa vez pela Secretaria Municipal de Assistência Social. O Edital n. 020/2021 dispõe de um recurso orçamentário de R\$ 6.861.368,01 e até o término deste artigo ainda se encontrava em tramitação.

Para a realização de um mapeamento inicial das CT's no município do Rio de Janeiro, privilegiou-se como base principal de pesquisa as fontes de informações a listagem das CT's licenciadas pela vigilância sanitária; as CT's credenciadas pelos editais de financiamento de vagas; o mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil do Ministério da Cidadania e a listagem de CT's filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). A partir desse levantamento foram mapeadas 32 instituições localizadas no município do Rio de Janeiro, listadas na tabela abaixo:

**Tabela 1: Mapeamento das CT's no município do Rio de Janeiro**

Associação de Assistência Social Videira
Associação Maranatha Do Rio de Janeiro
Associação Maranatha Do Rio de Janeiro
Associação Maranatha Do Rio de Janeiro
Associação Maranatha Do Rio de Janeiro
Associação Maranatha Do Rio de Janeiro
Associação Maranatha Do Rio de Janeiro
Associação Vencedor A Cada Dia
Autoridade de Jesus ADJ
Casa de Acolhimento Vitória Régia
Casa de Apoio Feminino Por Amor
Casa de Recuperação Vidas Libertas Pela Fé
Casa O Vencedor
Casa Terapêutica Raab
Centro de Amparo Aos Moradores de Rua E Dependentes Quimicos
Centro de Reabilitação Vencendo O Gigante
Centro de Recuperação Família Escolhida
Comunidade Terapêutica Alcançando Vidas
Comunidade Terapeutica Jesus é o Caminho
Comunidade Terapeutica Reviva
Comunidade Terapêutica Vida Plena
Crard Centro de Recuperação Amor de Deus
Desafio Jovem Ebenezer do estado do Rio de Janeiro
Igreja Batista Projeto Leão de Judá
Instituição Social Manassés
Instituição Social Manassés
Instituição Social Manassés
Instituto Revivendo com Cristo
Instituto Social Marca de Cristo
Projeto Florescer Comunidade Terapêutica
Resgatando Vidas Com Amor
Valentes de Davi Missões

Fonte: as autoras, s.d.

Durante as entrevistas identificou-se que duas instituições ficam localizadas em zona urbana, sendo apenas uma delas localizada em território de favela. A característica de que as CT's ficam localizadas em terrenos isolados do meio urbano se distingue em partes da realidade do município do Rio de Janeiro, o que já havia sido demonstrado por Lima (2019).

Todas as três CT's, cujos gestores foram entrevistados são destinadas ao público adulto masculino e o número de vagas varia de trinta a cem (CT1 – 100 vagas; CT2 – 38 vagas; CT3 – 30). Em todas as instituições o número de vagas oferecidas é maior do que o número de vagas financiadas pela prefeitura, justificando assim, segundo os gestores, a necessidade de receber doações das famílias que podem contribuir e, em um dos casos, o trabalho dos internos fora da instituição para a arrecadação de recursos. Neste caso, segundo o gestor, como o trabalho dos internos é voluntário é considerado uma dimensão que integra o processo de reinserção social.

A forma de chegada dos usuários nas CT's é diversa, incluindo a indicação de encaminhamentos por serviços da saúde e da assistência social, listados pelos gestores entrevistados como parte da rede que encaminha usuários para as CT's.

Em relação ao cumprimento das exigências contidas nos marcos regulatórios para funcionamento das CT's no país, um dos gestores entrevistados relatou não exigir laudo médico. Isto foi justificado pela origem de muitos usuários em situação de rua. Esta exigência está prevista no item II do artigo 6.º da resolução 01/2015 do CONAD, no artigo 26-A da Lei n. 13.840 e no artigo 16, da RDC n. 29, da ANVISA. A presença de um responsável técnico com formação em nível superior legalmente habilitado e um substituto com mesma qualificação também é exigência da Regulamentação do CONAD e da Resolução da Vigilância Sanitária, não cumprida pela mesma CT que relatou não exigir laudo médico no ingresso.

Ainda em relação ao ingresso, todas as CT's declararam realizar a admissão independente de religião, identidade de gênero e orientação sexual, apresentando restrições apenas para pessoas em sofrimento psíquico ou que façam tratamento prolongado de saúde de doenças graves.

Quanto à duração do tratamento, nas três comunidades entrevistadas identificou-se que período de internação vai até dozes meses.

Em relação a direção religiosa, todas as instituições entrevistadas afirmaram possuir orientação religiosa sendo uma delas cristã e outras duas, evangélicas. As CT's consideram que a religião é um componente central no

tratamento de recuperação dos internos sendo a prática religiosa enunciada por dois gestores de forma genérica como atividade de espiritualidade.

De acordo com a resolução que regulamenta o funcionamento das CT's no Brasil, o desenvolvimento da espiritualidade pode ser uma atividade terapêutica realizada no programa de acolhimento. A prática de espiritualidade, que não se confunde com atividade religiosa, pode ser realizada por meio de atividades que estimulem e contribuam para a promoção do autoconhecimento, desde que preservada as escolhas de cada indivíduo no que diz respeito a sua crença, assim como previsto no artigo 5.º da constituição.

Em todos os casos foram relatados que os internos faziam uso da rede de serviços do território, mas não de forma periódica, exceto em casos em que haja necessidade.

Sobre a dimensão de reinserção social, os gestores a delimitam ao processo de retirada de documentos e inserção no mercado de trabalho. Um dos gestores entrevistados afirmou que esse trabalho começa a ser feito quando eles começam a ter autonomia.

O trabalho interinstitucional em parceria com a rede é fundamental para a construção de um projeto de reinserção social em que os sujeitos acessem os serviços do território, incluindo os programas da rede de saúde e socioassistencial. Considerando as diferentes expressões da questão social que atravessam a vida de uma pessoa em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas, como a quebra de vínculos familiares, desemprego, acometimentos de saúde física e mental, entre outros, o alcance da abstinência não pode ser indicado como a única condição para o sucesso do tratamento. O uso prejudicial de álcool e outras drogas é uma questão intersetorial e multidimensional e as ações denominadas como resinserção devem envolver diferentes áreas e políticas públicas como saúde, cultura, justiça, segurança pública, educação e assistência social.

Ao mencionar as dificuldades encontradas no serviço, um dos gestores alegou não possuir dificuldade por amar o que faz, enquanto para os demais as dificuldades relacionam-se a dimensão financeira, especialmente quando ocorrem atrasos no repasse de verba por parte da prefeitura. Em relação ao financiamento um dos entrevistados afirmou passar mais tempo preocupado em levantar recursos do que propriamente com o tratamento dos usuários.

Todas as CT's entrevistadas seguem o modelo de funcionamento pautado no envolvimento direto do interno com a atividades da instituição através do trabalho. Ou seja, os internos são responsáveis pela limpeza e manutenção do local, assim como a preparação das refeições, o que, para os gestores, faz parte do desenvolvimento da autonomia e reinserção social. Assim, as atividades realizadas dentro da instituição passam pela manutenção do local, trabalho na horta, oficinas de marcenaria, artesanato, ladrilho, de prevenção contra recaída e atividades de espiritualidade, dentre outras.

O trabalho voluntariado, tanto dos internos quanto dos profissionais da equipe técnica é um ponto importante a ser observado. O primeiro exige atenção às relações de exploração do trabalho que podem ser estabelecidas, conforme apontado nos relatórios de fiscalização citados neste trabalho. E o segundo demonstra o risco de instabilidade na prestação de serviços comprometendo o estabelecimento de vínculo entre os usuários e a própria instituição, já que um trabalhador voluntário não compõe a equipe fixa de uma instituição.

A ausência de uma equipe técnica especializada e de preocupação na construção de um projeto institucional são importantes fragilidades que comprometem a oferta de um serviço de qualidade, referenciado técnica e cientificamente e em consonância com o aparato legal que o regulamenta. Por outro lado, esse tipo de inserção é extremamente precarizada do ponto de vista dos direitos do trabalho destes profissionais.

O contato com as CT's permitiu-nos perceber, para além das conhecidas questões que envolvem estas instituições, certa capacidade plástica que pode propiciar em alguns casos, no longo prazo, adequação às exigências de regulamentação atuais e vindouras. Esta observação deve-se ao fato de que, no caso do presente estudo, verificou-se que mesmo nas situações em que as instituições pesquisadas cometiam infrações houve um efeito pedagógico que rapidamente foi revertido na adequação da instituição à exigência em voga. Esta adaptação também pode ser percebida no nível do discurso de seus gestores e, ainda que não signifique uma imediata transformação da lógica e da prática das CT's no município, ela pode apontar para uma tendência de profissionalização destas instituições, em especial pela necessidade de captação de recursos públicos, aspecto que demanda de melhor investigação.



## 4 Considerações Finais

O presente artigo procurou apresentar os resultados de uma primeira aproximação de pesquisa com a realidade atual das CT's no município do Rio de Janeiro. Mapear as comunidades terapêuticas no território do Rio de Janeiro se mostra um desafio porque nem todas recebem financiamento público ou são credenciadas junto aos órgãos do município. Uma vez que funcionam sem qualquer documentação, se tornou difícil a localização desses serviços para a realização do levantamento, mas também para o trabalho de controle social e fiscalização.

O levantamento de dados realizado a partir das entrevistas evidencia que a problemática que envolve as CT's no município do Rio de Janeiro, apesar da especificidade territorial e uma maior visibilidade por conta da movimentação política nesta região, focada no incentivo às instituições, não se distingue das características gerais apontadas anteriormente em relatórios como CFP (2018), IPEA (2017) e CFESS (2018). Instituições privadas e religiosas, ocupando espaço na rede de serviços de saúde mental do município, recebendo financiamento e reconhecimento ainda que, em alguns casos, apresentem irregulares conforme a legislação vigente.

O que a pesquisa demonstrou é que a compreensão do fenômeno de expansão das CT's levada a cabo por um processo de contrarreforma e remanicomialização exige um esforço de articulação deste fenômeno com os efeitos política neoliberal como o desemprego, o endividamento, a imprevisibilidade do futuro, a violência e a forma como eles se desdobram na sociedade brasileira que, assim como outras latino-americanas, experimentou um processo peculiar de secularização hemiderna com uma importante mudança da identidade religiosa iniciada na década de 1970 (GUMUCIO, 2016). Esse movimento teórico tende a contribuir para melhor compreensão da presença religiosa nas CT's, o que tão bem exemplifica a histórica relação entre os serviços promovidos por atores religiosos e as políticas públicas brasileiras, mesmo após a promulgação da República, marco histórico em relação a laicidade do Estado (LIMA, 2019).

A pesquisa em curso, a partir da qual elaboramos sínteses preliminares expostas neste texto, chama atenção para outra urgência sobre a temática das CTS: a realização de estudos capazes de historicizá-la e capturar os momentos de ruptura e continuidade de determinadas características

em conjunturas distintas. Ou seja, capazes de realizar um esforço teórico-metodológico de compreensão das múltiplas determinações deste fenômeno para que, com isso, possamos elaborar sínteses e respostas objetivas a essa realidade, respostas que não necessariamente estão dadas no tempo presente. Trata-se de uma tarefa de monta a exigir uma grande articulação na identificação das principais questões e a elaboração de estratégias de enfrentamento à lógica manicomial expressa no processo de contrarreforma psiquiátrica em curso no país.

Uma dessas respostas passa, indubitavelmente, pelo fortalecimento da RAPS, o que, não significa — por não haver relação causal — necessariamente a extinção das CT's, mas a possibilidade de frear a destinação dos recursos públicos para instituições privadas.

Destacamos, por fim, que não há ineditismo na presença de forças conservadoras representada no campo da saúde mental e drogas. O que a conjuntura recente apresenta é o risco aludido por Franco Basaglia na epígrafe deste artigo: a possibilidade de hegemonia desse projeto, reatualizando a violência travestida em forma de cuidado.

## Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, T. M. **Redução de danos: um novo paradigma?** 2010. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/reducao-de-danos-um-novo-paradigma> Acesso em 04 Mai. 2021.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro. Genocídio: sessenta mil mortos no maior hospício do Brasil**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto n. 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto n. 85.110**, de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.072**, de 25 jul. 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do artigo 5.º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.080**, de 19 set. 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.216**, de 06 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.409**, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10409.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral e Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Nota técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 189** de 20 de março de 2002. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 856**, de 22 de agosto de 2012. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1AuJWMhEpBdag7VBib9-SsoU8FQE3gwu20b-Y9RbSkpw/edit>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 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). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução CONAD n. 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: [https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad\\_01\\_2015.pdf](https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução CONAD n. 03/2020**. 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **RDC n. 29**, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 562**, de 19 de março de 2019. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de19-de-marco-de-2019-67753613](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de19-de-marco-de-2019-67753613). Acesso em: 12 jul. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAVALCANTE, R. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. *In*: VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. (orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-emComunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Fiscalização Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFES-S-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. **Cadernos de Saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade**. Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUIMARÃES, T.; ROSA, L. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 44, p. 111-138, maio-ago. 2019.

GUMUCIO, C. P. Religious pluralism, popular religions and multiple modernities: a theoretical framework. **Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 18, n. 25, p. 38-57, dez. 2016.

HEIDRICH, A. Balanço da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. *In*: DUARTE, M; PASSOS, R.; GOMES, T (orgs.). **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro, Papel Social, 2017, p. 67-78.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília (DF), 2017. Disponível em: [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: 26 out. 2019.

LIMA, R. C. C.; GOMES, T. M. S. Neoliberalismo e a ascensão do fundamentalismo religioso na América Latina: o caso das comunidades terapêuticas. *In*: GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G; DUARTE, M. J. O (orgs.). **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do serviço social**. Uberlândia: Navegando, 2020.

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

PASSOS, R. G.; ARAÚJO, G.; FARIAS, J.; GOMES, T.M.S. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, Espírito Santo, v. 2, n. 2, maio-ago. 2020.

PASSOS, R. G; GOMES, T.M.S. Avanço do conservadorismo, regressividade e os ataques a política nacional de saúde mental, álcool e drogas. *In*: RAMOS, A; BARBOZA, D.; PEREIRA, I. D; PEREIRA, T. D. (orgs.). **Desenvolvimento, formação social brasileira e política pública**: subsídios analíticos para o serviço social. Uberlândia: Navegando, 2019. p. 155-166. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/servico-social-e-educacao>.

SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e participação na “Reforma do Estado”**. São Paulo: Cortez, 2003.



