

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS: UMA POLÍTICA DE CONFINAMENTO

DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.11239>



Dolores Galindo

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT – Brasil

Morgana Moura

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT – Brasil

Ricardo Pimentél-Méllo

Universidade Federal do Ceará – UFC – Brasil



Resumo

Este estudo problematiza o processo terapêutico voltado às pessoas que fazem uso de drogas defendido por uma das maiores redes de comunidades terapêuticas do Brasil. Nas duas primeiras décadas dos anos 2000, as Comunidades Terapêuticas emergem e se expandem como equipamentos que criminalizam, patologizam e cristianizam pessoas que fazem uso de drogas. As Comunidades terapêuticas se caracterizam por práticas de manipulação de corpos e mortificação da vida, pela obrigatoriedade do trabalho, por uma ortopedia no conviver comunitário e pela imposição da espiritualidade como modo de vida. No contexto mais amplo das políticas de saúde mental e atenção psicossocial, as comunidades terapêuticas representam um retrocesso nas práticas derivadas das lutas antimanicomiais e antiproibicionistas.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Políticas Sobre Drogas; Promoção da Saúde.

Introdução

As políticas governamentais sobre drogas, no Brasil, foram sistematicamente construídas sob a perspectiva de “guerra às drogas” que desenhou um modo de intervenção que atravessou a produção, a distribuição e o consumo, com disciplinamento, vigilância e confinamento, principalmente dedicados ao controle de grupos sociais considerados desviantes. Essa proposta contribuiu para solidificar uma perspectiva proibicionista de atenção e cuidado em linha repressiva, na qual o consumo de drogas passa a ser patologizado (o uso é permitido, desde que prescrito por médicos e qualquer uso fora da norma médica é classificada como da ordem de um pretenso transtorno a ser identificado) e penalizado (quem usa drogas consideradas ilícitas é submetido a medidas penais, as quais incluem a obrigatoriedade de frequência e, cada vez mais,

também, o confinamento alicerçado em perspectivas moralistas) (RODRIGUES, 2003, WERB et. al, 2015)

A lógica proibicionista assume uma orientação moral-religiosa, engendrando práticas de demonização de certas drogas e, conseqüentemente, das pessoas que as usam. Possibilita a emergência de dispositivos de atenção guiados por esse viés autodenominados Comunidades Terapêuticas (CTs). Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em censo realizado no final de 2011, existem no Brasil quase 1.800 Comunidades Terapêuticas em funcionamento. Porém, estima-se que há a probabilidade de esse número chegar a 2.500 a 3.000 (<http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>) (OBID, 2007), das quais somente 370 são reconhecidas pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID, [200-?]).

Considerando a discrepância entre os serviços registrados/fiscalizados e o possível número de entidades existentes, as CTs encontram margem para atuar em dissonância com os pressupostos construídos a partir do diálogo com a sociedade civil, que orientam as políticas públicas de saúde. A regulamentação e a expansão das CTs se dão, justamente, num período onde ocorre um crescimento do número de internações (compulsórias ou não), atuando em oposição ao movimento antimanicomial, ignorando as singularidades vividas pelas pessoas que fazem uso compulsivo de drogas, por meio de um dispositivo que articula criminalização, patologização e cristianização.

Nesse estudo damos visibilidade ao dispositivo Comunidade Terapêutica (CT), buscando mapear suas pretensas estratégias terapêuticas na atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, a partir da análise de uma das maiores redes de comunidades terapêuticas do país automeada Fazenda Esperança (<http://www.fazenda.org.br>).

Foi empregado como material de pesquisa documentos disponibilizados pela instituição, em sua página eletrônica, sobre a proposta de processo terapêutico que adota. Todo material utilizado na análise é de domínio público, não havendo solicitação de omissão do nome da comunidade terapêutica em qualquer um deles. Essa pesquisa lança mão também da noção de “dispositivos” (DELEUZE, 1990), concebidos como conjuntos multilíneares compostos por linhas de natureza distinta, que têm como efeito a configuração de determinado contorno, que se faz ver nas propostas pedagógico-clínicas da CT. De um modo geral, as CTs configuram-se como diagramas de forças que operam articulando vetores jurídico-criminais, médico-psiquiátricos e religiosos.

Entendendo a importância da análise institucional "nas práticas em saúde coletiva, intervenções no campo da gestão ou na pesquisa universitária" (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 156), adotamos a perspectiva de Lourau (2014) que considerar os analisadores institucionais como instrumentos metodológicos que não surgem abruptamente, mas se manifestam paulatinamente em uma relação de oposição ou complementaridade uns com os outros, na medida em que uma instituição faz circular minuciosamente e continuamente as rupturas e resistências de vínculos e normas sociais, moldando e controlando sujeitos em máquinas de produção em série (LOUREAU, 2014). Nesse sentido, os analisadores dão visibilidade à institucionalização das relações, dos corpos e dos objetos em voga em uma sociedade.

Assim, pesquisamos o que Lourau chamou de "a instituição invisível": dar visibilidade ao não-dito que parcimoniosamente vai sendo enunciado pela estrutura do aparelho institucional (LOURAU, 2014, p. 307). Analisadores, permitem que, em uma pesquisa, sejam disparados aspectos que expõem uma instituição, servindo de base para o estudo (LAPASSADE, 1979; LOURAU, 2014), para compreensão de seus saberes e práticas (L'ABBATE, 2002). Na presente pesquisa utilizamos dispositivos analisadores espontâneos que "[...] fazem parte do cotidiano das organizações institucionais: os fundadores, a missão, o poder, o dinheiro, a sexualidade, a burocracia (leis, normas, regulamentos e constituições), a corporeidade, as práticas do estabelecimento. (PEREIRA, 2007, p. 14)"

Desta feita, para estudar as ações de CTs resolvemos conduzir um estudo exemplar sobre o processo de "tratamento" de uma das principais redes de Comunidades Terapêuticas do país a partir dos analisadores "trabalho", "convivência em comunidade" e "espiritualidade". Exemplar no sentido adotado por Kuhn: "é um provedor de analogias" (ASSIS, 1993, p. 140). Analisamos documentos disponibilizados por essa CT, em sua página virtual (<http://www.fazenda.org.br/>) (FAZENDA DA ESPERANÇA, [200-?]a, [200-?]b, [200-?]c), que descrevem as estratégias metodológicas de tratamento de maneira a uniformizar as ações das franquias dessa rede, como se fossem máquinas produzidas em série com o selo da criminalização, patologização e cristianização, fixados no eixo pedagógico-terapêutico da Fazenda, que se move em torno do trabalho, convivência em comunidade e espiritualidade.

Comunidades terapêuticas, retrocessos na Reforma Psiquiátrica

Em consonância com as propostas de reforma psiquiátrica, em meados do século XX, as CTs em saúde mental emergiram como proposta terapêutica por Maxwell Jones, cuja finalidade era desarticular o modelo hierárquico hospitalocêntrico em vigência, opondo-se à lógica de custódia e segregação. Pautadas pela ênfase na reabilitação ativa e na democratização, as comunidades eram configuradas como espaços de protagonismo do usuário. Conforme descreve Amarante (1995), essa proposta de Jones marca a reforma sanitária inglesa, ao inaugurar uma nova relação entre a atenção hospitalar psiquiátrica e a sociedade, construindo estratégias terapêuticas externas aos manicômios, de forma a complementar o tratamento. Todavia, Cooper (1967) já advertia, na década de 1960, que tais comunidades como proposta terapêutica ainda buscavam centrar suas ações no espaço asilar e eram amparadas pela lógica do confinamento.

O uso da expressão “comunidade terapêutica” no Brasil é oposto as configurações anglo-saxãs, uma vez que emergem, justamente, como equipamentos emblemáticos de modelos de internação. Elas surgem nacionalmente num cenário assistencial que viabilizava poucas ações de atenção à saúde para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Vê-se, nessa configuração, a conjugação dos traços da Psiquiatria preventivista norte-americana, respaldada pela sociologia do desvio, com o ranço disciplinador que marca as práticas de reclusão adotadas por instituições religiosas neopentecostais para a chamada reabilitação de usuários de drogas.

No final da década de 1980 e metade dos anos 1990, com a mobilização de trabalhadores em saúde mental, iniciou-se a proposta de abolição dos modelos hospitalocêntricos e luta antimanicomial, aliada a práticas de Redução de Danos (RD), prevendo mudanças no âmbito jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural (AMARANTE, 1995; LANCETTI, 2014; SOUZA, 2007). Apesar desse movimento antimanicomial, as CTs passaram a se solidificar e se expandir, por meio de articulações políticas que visavam (e ainda visam) a uma crescente expropriação do capital destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS), vinculadas a argumentos jurídicos de proteção social, os quais as consideram equipamentos inevitáveis e prioritários, no que tange ao uso compulsivo de drogas. A exemplo disso, a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde (MS), institui oficialmente “incentivo financeiro de custeio destinado” a Serviços de Atenção em Regime Residencial, que incluem as CTs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

De acordo com o a regulamento técnico nacional (RDC-ANVISA nº 101, de 30 de maio

de 2001), CTs se caracterizam como serviços urbanos ou rurais,

(...) de atenção as pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades 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 (ANVISA, 2001, s/p).

Considerando as especificidades das exigências para funcionamento das CTs pela portaria do Ministério da Saúde e pela RDC da ANVISA, essas entidades não conseguem se adequar ao gênero de serviços de atenção em regime residencial previsto pelas normativas em saúde. Diante deste obstáculo, as CTs passam a ser contempladas por políticas de governo do Ministério da Justiça (MJ), visto que a SENAD está vinculada a este. E, legitimadas, do ponto de vista das regulamentações em biossegurança (ANVISA), as CTs se infiltram na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prometendo cura e salvação dos corpos estigmatizados pelo consumo de substâncias consideradas ilícitas, ou pelo uso “desregrado” de drogas lícitas.

A atuação das CTs atualiza-se e ganha legitimidade ao se associar ao discurso médico-psicológico de patologização, corroborado pelos manuais de doenças psiquiátricas (GALINDO, et al, 2015), sendo utilizadas como coadjuvantes da internação compulsória, inclusive ao que podemos denominar de “compulsoriedade consentida”: quando a internação é solicitada pela própria pessoa, por intermédio ou não da família. Estratégia que vem ao encontro de práticas neopentecostais conservadoras, que adotam o modelo de confinamento consentido como dispositivo de recolhimento de usuários compulsivos das mais diversas substâncias.

Analisando as condições de possibilidade para emergência e crescimento das CTs no país, Brito Neto (2015) argumenta que, articulada à criminalização e patologização do usuário de drogas, a consolidação de uma bancada parlamentar fundamentalista no Congresso Nacional possibilitou a valorização dos serviços desenvolvidos por entidades a ela vinculadas, em detrimento de maiores investimentos em serviços de atenção psicossocial. Ou seja, as entidades religiosas que, na década de 1970, iniciaram o trabalho de acolhimento e “tratamento” moral religioso com aqueles que tinham problemas com drogas, continuaram a funcionar concomitantemente à substituição dos leitos psiquiátricos pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por exemplo. O agravante é que a existência dessas organizações, as quais não tinham vínculo com o sistema de saúde, por não terem esse perfil, acabaram sendo incluídas em programas governamentais que recebem verbas do sistema de saúde, por força da pressão da

bancada fundamentalista e organizações religiosas.

A pressão dessas organizações junto a esfera legislativa é evidenciada na elaboração de normativas federais que legitimem as CTs, como por exemplo a Portaria nº 1482, de outubro de 2016, que inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – nova modalidade que torna elegível o cadastro das CTs no âmbito da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O posicionamento público da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) com relação a essa normativa, evidencia a força dessas organizações: “esta publicação [Portaria n. 1482] é fruto do trabalho de mais de 03 anos de articulação da CONFENACT junto ao Governo Federal, através dos seus diretores e dos assessores técnicos” (CONFENACT, 2017, s/p).

As CTs seguem funcionando e crescendo, baseando-se, inclusive, na defesa do argumento de que seguem as diretrizes em saúde mental que orientam no sentido dos equipamentos laicos abertos, não representando um retrocesso à Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001). Contudo, em sua maioria, esses equipamentos são fundamentados em princípios religiosos e caracterizados por práticas morais as quais transitam pelos dispositivos da educação, do trabalho e da normatização de condutas dos pacientes (BRITO NETO, 2015). Assumindo características radicalmente distintas dos princípios da luta antimanicomial, que visavam à autonomia e ao protagonismo do usuário na atenção em saúde (PERRONE, 2014).

Observam-se políticas explícitas do Ministério da Saúde, incentivando projetos de Redução de Danos, como a criação dos CAPS AD III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b), funcionando por 24 horas. Porém, não existiu o devido investimento na criação e expansão desses serviços públicos especializados, expondo dificuldades quanto ao acesso e ao acolhimento, verificando-se precariedade dos serviços e até despreparo e preconceito dos profissionais contratados para os CAPS AD (MACHADO; MIRANDA, 2007), bem como a desarticulação e falta de efetivação das RAPS em todo o país, da atenção primária às instituições de acolhimento e serviços de urgência e emergência. As CTs acabam propagando-se como modelos prioritários para “suprir” uma “falha” provocada por toda essa política de desarticulação.

O apoio do Governo Federal às CTs vem antes mesmo da criação da RAPS, desde quando as políticas sobre drogas em nosso país eram dirigidas pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão criado em 1980. Nesse período, foram elaboradas normas para o funcionamento das CTs, o que permitiu que essas comunidades “[...] criadas com base em

iniciativas pessoais ou de grupos religiosos, começassem a se organizar e reivindicar financiamento público” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 811)

Em 2014, a SENAD lançou um edital de contratação de vagas de CTs, destinando R\$ 1.000 por pessoa, por mês, por serviço de acolhimento de adultos e R\$ 1.500 por pessoa, por mês, por serviços de acolhimento de crianças, adolescentes e mãe nutriz, acompanhada do lactante. As contas do edital publicado em julho de 2014 ainda não foram encerradas, mas o Ministério da Justiça (OBID, s/d) afirma que, com esse edital, foram contratadas 371 CTs, gerando 8.034 vagas pelo Brasil. Em 2015, a partir de abril, ganhou evidência uma Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas, cujas articulações denotam alianças políticas atreladas a origens religiosas, contribui para o sucesso ou não de candidatos, a partir da mobilização dos fiéis como eleitorado. As articulações político-religiosas apresentam propostas moldadas por posturas morais, as quais vão na contramão dos direitos humanos e da própria Constituição.

Nesse mesmo ano, a resolução nº 01 do Conselho Nacional de Drogas (CONAD) dispõe que as CTs desenvolvam atividades terapêuticas de caráter recreativo, de desenvolvimento espiritual, de promoção de autocuidado e sociabilidade, de capacitação, promoção da aprendizagem, formação e atividades práticas inclusivas, sem que haja qualquer fiscalização para isso. Todavia, no mesmo ano, o CONAD suspendeu, por força de decisão judicial, essa resolução após ação pública do Ministério Público Federal de São Paulo (CONAD, 2016). Assim, as CTs apesar da sua expansão, encontram resistências advindas das lutas pela defesa dos direitos humanos, a exemplo da ação do CONAD.

Ribeiro e Minayo (2015), na busca de sistematizar as práticas existentes, descrevem três modelos de CTs: 1) modelo religioso-espiritual, com atuação exclusiva de religiosos e ex-internos; 2) modelo científico, com atuação de equipe técnica; e 3) modelo misto, no qual a atuação religiosa e espiritual é respaldada pela atenção de uma equipe técnica. As autoras acrescentam ainda a importância das contribuições da “metodologia de Minnesota”, cujas bases se estabelecem no modelo de mútua-ajuda, abstinência, metodologia dos 12 passos e caráter, essencialmente “espiritual” das práticas nas CTs.

No cenário nacional, as atuais CTs evidenciam a possibilidade de fazer do tratamento e da terapêutica um comércio lucrativo, seja pelas instituições particulares que atuam na venda dos seus “produtos de recuperação”, seja pelo financiamento público de um repasse de quase 300 milhões, no atual biênio (2015-2016), da SENAD. Aqui, o usuário do serviço deixa de atuar

como agente principal, na autonomia de seu tratamento, para ser configurado como cifra monetária nas trocas comerciais das instituições de caridade ou das comunidades-hotelarias particulares. Vemos a dinâmica de privatização do SUS e a consolidação do mercado de tratamento que se dá em dois movimentos. O primeiro se refere ao desembolso direto dos pacientes e familiares para a compra do serviço das CTs particulares, respaldado pelo argumento neoliberal de que os governos não conseguem garantir serviços de saúde de qualidade. E o segundo movimento, que está em curso, amparado pelo mesmo argumento de falha do Estado, é a privatização dos sistemas públicos pelos financiamentos em edital, sob o véu de estar agregando serviços complementares à RAPS.

Nesses espaços de segregação, violações aos direitos humanos de pessoas em sofrimento mental ocorrem frequentemente como evidenciadas nas denúncias do Conselho Federal de Psicologia (CFP), no relatório das inspeções nacionais realizadas nos locais de internação para “usuários de drogas” (CFP, 2011). Em inspeção, foram identificadas condutas, tais como: interceptação e violação de correspondências, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV (exigência esta inconstitucional), violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo religioso, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras. Mais recentemente, especificamente no estado de São Paulo, foi realizada nova inspeção pelo Conselho Regional de Psicologia – SP, evidenciando que as violações persistiram nos últimos cinco anos (CRPSP, 2016).

As CTs estão infiltradas na RAPS, mas não necessariamente buscam respaldo nas resoluções construídas coletivamente pela participação cidadã no Sistema Único de Saúde. As CTs se encontram organizadas em entidades nacionais, tais como a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), criada em 1990. Areladas a práticas religiosas, as CTs atuam como empreendimento moral, cujo discurso é respaldado na polaridade cristã de Deus e o Diabo, este último materializado nas drogas (MACHADO, 2011).

Algumas das violações relatadas pelo CFP e CRP-SP contradizem, além dos Direitos Humanos, os próprios princípios do código de ética da FEBRACT, bem como as normativas nacionais de vigilância sanitária. Mesmo nos lugares onde a estrutura física está longe de ser precária, “(...) a violação de direitos, contudo, não está ausente. Esta se revela na disciplina, na imposição de normas e regras, na ruptura total dos laços afetivos e sociais ou, ainda, no

impedimento de qualquer forma de comunicação com o mundo externo” (CFP, 2011, p. 190)

O “Processo Terapêutico” segundo a CT em análise

Este subtópico centra-se no processo terapêutico da Fazenda da Esperança, considerando três eixos na análise: o trabalho, a convivência em comunidade e a espiritualidade. Articulados em rotinas cotidianas o trabalho, a convivência comunitária e a ênfase na espiritualidade efetivam o disciplinamento de corpos inscritos como drogados e a conseqüente mortificação da vida resumida à “dependência química”, além de certa “pedagogia da sociabilidade” de um conviver comunitário marcado pela obrigatoriedade do trabalho e modo de vida cristã.

No início da década de 1980, guiada por preceitos católicos, a Fazenda da Esperança surgiu por iniciativa do frei Hans Stapel e de Nelson Giovanelli Rosendo dos Santos, a fim de atender à demanda de jovens “dependentes químicos” no interior de Guaratinguetá – SP, com a proposta de orientar a adoção de um novo estilo de vida pela vivência concreta do evangelho. De caráter filantrópico, a CT teve mais visibilidade com a visita do papa emérito Bento XVI, em 2007, viabilizando a rápida proliferação de unidades filiais, não somente pelo Brasil, mas em outros países (FAZENDA DA ESPERANÇA, [200-?]b). Atualmente, existem 56 unidades espalhadas pelo país, além de filiais na Europa, Ásia, África e América Latina. A instituição atende a pessoas com idade entre 15 e 45 anos, para um tratamento voluntário, respaldado por um “processo pedagógico” com 12 meses de duração, assim descrito na página virtual:

Quem pretende enfrentar esse desafio dá o primeiro passo mediante uma carta escrita de próprio punho, manifestando os motivos da sua vontade de buscar vida nova. [...] O candidato recebe uma explicação dos procedimentos e das regras a serem seguidas [...]. No dia da entrevista, são exigidos documentos, exames médicos e sobriedade. O acolhimento é feito pela equipe de coordenação local e depende principalmente da disposição pessoal e vontade de se recuperar, demonstradas pelo candidato (FAZENDA DA ESPERANÇA, [200-?]c, s/p).

Vê-se que o processo de internação pressupõe uma série de medidas anteriores à entrada das pessoas em uma unidade da Fazenda. Não obstante verbalizar a “vontade” de se internar, a pessoa deve legitimar o fato com declaração de “próprio punho”, como estratégia para eximir a CT de alguma acusação sobre internações involuntárias ou compulsórias. A declaração também pode ser compreendida como estratégia de responsabilização da pessoa pela desistência do tratamento: “está assinado, você quis estar aqui”. Podemos considerar a declaração um potente acontecimento imiscuído em relações de poder. Note-se também que a exigência de uma “carta escrita de próprio punho”, exclui da acolhida pessoas não letradas e/ou com dificuldades de

escrita.

Do mesmo modo que na constituição de um processo jurídico, vê-se que o “[...] processo de normalização disciplinar se dá estrategicamente em etapas, sempre como um processo concomitante ao de produção do ‘infrator’” (SILVA; MELLO, 2012, p. 212), nesse caso, o “infrator” é um “drogado”, “dependente”. Assim, “[...] o indivíduo é persuadido a pensar que deve se conhecer, por meio da confissão, com o objetivo de obter controle sobre si próprio” (p. 214).

A “liberdade de escolha” é modulada pelo dispositivo da confissão, o qual está imerso em práticas médicas, jurídicas e religiosas. Foucault (2008a, 2008b, 2009) salienta que a interseção entre esses saberes se configura na construção de um poder disciplinar de controle da vida. Do saber médico emerge a legitimação de uma verdade que classifica o normal e o patológico; do saber jurídico advém o “ethos criminal” (CAMPOS, 2005) que culpabiliza o indivíduo e valida sua internação; e, por último, o saber religioso aglutina, de certa forma, os outros saberes, deixando explícito o “Poder Pastoral” (FOUCAULT, 1995, 2008b), “encarnado” em autoridades que fazem crer que um indivíduo precisa ser aconselhado, orientado por virtuosos que sabem o caminho da verdade e da vida. Eis o processo em curso, a prática da confissão: o indivíduo deve assumir que é doente; deve se culpabilizar; por fim, deve reconhecer que virtuosos (religiosos e técnicos) lhe darão a redenção, normalizando sua vida. Mas terá para sempre o estigma de “fraqueza de caráter” ou “falta de força de vontade” (CASTIEL, 2013), primeiro passo para ser caracterizado como tendo algum “transtorno de adicção”, devendo ser tratado. Portanto, a voluntariedade ao tratamento pode ser colocada em dúvida já que as exigências estabelecidas para o ingresso da pessoa na CT começam com um processo de culpabilização, seguido da certificação médica, via exames, de que a pessoa está sóbria.

Após ter vencido a etapa da confissão (e do letramento), a pessoa é considerada habilitada a ser inserida no “processo pedagógico”. Examinaremos agora os três operadores utilizados para a normalização de corpos sob a égide do conceito de “recuperação”, também adotados em práticas de outras comunidades terapêuticas: trabalho, convivência em comunidade e espiritualidade.

O trabalho (labor) obrigatório de oito horas diárias é descrito como terapeuticamente importante para “reestabelecer” a força, criatividade, e autoestima do interno, com a justificativa de que “ajuda a mudar a mentalidade desenvolvida nos anos perdidos no mundo da droga e do

álcool”. Travestido de “laborterapia” ou “terapia ativa”, o trabalho é uma estratégia disciplinar que busca aumentar a força do corpo e ampliar sua utilidade, na mesma medida em que o dociliza e diminui essa força, em termos políticos de desobediência (FOUCAULT, 2007). O processo laboral torna apto o sujeito ao retorno de um cotidiano de produtividade segundo os moldes capitalistas de que é útil quem produz riquezas (para o Estado e para os donos do capital). Vê-se aí o princípio de não ociosidade como garantia de uma “recuperação” eficiente, sem que se resvale no enfrentamento do sofrimento na articulação de um competente Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2007). Nega-se voz à história de vida que precisa ser tecida. A atividade laboral é considerada como uma ocupação normalizadora, que evita tencionar a vida para deslocamentos ou para “provocar novas composições sempre provisórias” (LANCETTI, 2014). Esquece-se de que o trabalho pode adoecer alguém ou ampliar seu sofrimento, desorganizando seus sistemas defensivos (BIRMAN, 2012). Trabalho é um acontecimento analisador potente, na criação de um corpo dócil.

O segundo pilar que sustenta o método usado pela “Fazenda da Esperança” é a convivência em comunidade. Considerando que “na vida anterior, a convivência encontrava-se em situação de calamidade”, o interno precisa “reaprender” a conviver: evitar discussões, desentendimentos, falta de compreensão, brigas com amigos e famílias. Os relacionamentos internos estão de tal forma estruturados que todas as atividades devem ser realizadas coletivamente: “No quarto residem em grupo, nas refeições [se] alimentam todos juntos, não há trabalho individual, 90% dos momentos de lazer são de jogos e atividades grupais, ressalva os que leem um livro, mesmo [quando] se retira para a capela é para criar um relacionamento com Deus” (FAZENDA DA ESPERANÇA, [200-?]a, s/p). No “conviver em comunidade” reafirma-se o controle de todas as atividades e do tempo, ou seja, nem mesmo o que é permitido pode ser feito sempre. Eis o poder pastoral traduzindo-se em vigilância para o “resgate” do “bom” conviver, leia-se: laços sociais só os considerados aceitáveis, guiados por estratégias de controle e vigilância constantes, pelos monitores e por outros internos ou até mesmo por uma divindade.

Há uma idealização da convivência humana, como se a CT isolada pudesse se tornar uma espécie de paraíso perdido, onde “os dependentes de drogas” aprenderão a ter uma vida equilibrada, consumando o processo civilizatório. Pretende-se fazer um ajuste definitivo no déficit moral de um “dependente” a quem faltava “boa convivência”. Tenta-se criar um ambiente de sequestro da dor e sofrimento, por meio da disciplina e resignação. Nega-se nosso desamparo

formativo, na ilusão de que podemos ser “Um”, propondo uma terapêutica ortopédica, no sentido de evitar o confronto com nossas “deformidades” e “anormalidades”, melhor dizendo, com nossas angústias. Não se admitem recaídas expressas em nenhuma atividade.

A proposta terapêutica da Fazenda da Esperança se afina com o simples controle de corpos, sem fundamentação clínica efetiva. Em uma sociedade hedonista, objetivando simplesmente o alívio de um padecer, sem entender que não haverá um único objeto humano ou não-humano capaz de nos dar o equilíbrio da inércia e negar sermos desejantes e criativos (BIRMAN, 2012). O exame da proposta dessa CT coloca à mostra o analisador “convivência em comunidade”, sustentado pelo poder pastoral.

O último pilar do tratamento que esse trabalho discute e que é considerado como o primeiro do processo pedagógico da Comunidade Terapêutica em análise é a espiritualidade. Apresentada como um novo estilo de vida (“o modo de vida cristão”), articula-se com os demais analisadores seguindo procedimentos de vigilância e coação.

Na comunidade recebem todos os dias uma palavra do evangelho para meditar e principalmente colocar em prática. Rezam o terço e celebram a missa. Esse exercício de colocar os ensinamentos da Palavra de Deus como guia do trabalho e das convivências realizadas durante o dia, partilhando as experiências antes de ir dormir, é um novo estilo de vida (FAZENDA DA ESPERANÇA, [200-?]a, s/p).

Quanto às atividades terapêuticas de caráter espiritual, elas foram assim definidas pela resolução nº 01 do CONAD como “podendo ser parte do método de recuperação, objetivando o fortalecimento de valores fundamentais para a vida social e pessoal, assegurado o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição Federal” (CONAD, 2015, s/p). Tendo em vista que mais de 90% das CTs oferecem algum tipo de serviço religioso e são administradas por instituições religiosas, a religiosidade aparece como uma ferramenta basilar no tratamento à “dependência de drogas”, muitas vezes sendo colocada de forma impositiva e nem um pouco velada, como denunciou o relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) e o recente dossiê de inspeção das comunidades terapêuticas e clínicas para usuários de drogas no estado de São Paulo (CRPSP, 2016).

As CTs afirmam que não há obrigatoriedade de conversão à religião as quais se vinculam, mas estar ali já favorece essa associação/imposição pela rotina, conforme visto nas exigências para ingressar, as quais implicam aceitar os rituais religiosos. Nesse “modelo terapêutico”, a espiritualidade atua como condição sine qua non no processo de “reabilitação”. A pessoa inserida no processo terapêutico, há de admitir que “[...] está inscrita em concepções cristãs da vida social

e do comportamento, nas quais ser adicto em recuperação significa ser ‘converso’, isto é, buscar a salvação em Jesus. O discurso religioso é central e organiza o cotidiano institucional” (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 517) e a terapêutica centrada na evangelização e conversão religiosa (CFP, 2011; CRPSP, 2016). Nessa estratégia, a espiritualidade é recurso para reconstrução de uma “personalidade defeituosa”, corrigindo as características classificadas como desviantes (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016).

A “espiritualidade” significa a efetiva inserção do interno na chamada “alma moderna” (FOUCAULT, 2007) pela tecnologia de controle dos corpos. Trata-se de alma “real e incorpórea” dos “que são vigiados, treinados e corrigidos”, pelos efeitos de um certo tipo de poder e a referência de um saber” que impede multiplicidade de modos de vida, sendo a compulsão às drogas assimilada à fraqueza, ao pecado e à falta de Deus (CFP, 2011). Assim, a “espiritualidade” é um acontecimento analisador que, no controle dos corpos, institucionaliza modos de viver (processos de subjetivação).

O trabalho, o viver em comunidade e a espiritualidade, objetivados na prática confessional e defesa da virtude cristã como preceitos morais, sustentam, cotidianamente, o paradoxo de que a expressão da vontade atue como prática de mortificação da vida. As articulações entre expressão da vontade do usuário ou usuária, a produção das CTs como necessidade e a atualização de uma lógica institucional de confinamento vão na direção oposta à luta antimanicomial.

Como se depreende da análise, as comunidades terapêuticas não realizam tratamento de saúde quando a “espiritualidade” é legitimada como “método de recuperação” e quando utilizam estratégias onde a perspectiva laica não é integrada como serviço de acolhimento.

Considerações para ampliar o debate

Ao tornar visível como as comunidades terapêuticas operam um disciplinamento das vidas e o governo rígido de corpos vinculado à patologização e à cristianização do tratamento a usuários de substâncias psicoativas, essa análise contribui para traçar caminhos para afirmar práticas distintas que sigam as linhas da luta antimanicomial e do movimento antiproibicionista, entendendo que “(...) o contrário da droga e da miséria não são a abstinência, nem a pena [nem a reclusão], mas a ampliação da vida, da liberdade” (LANCETTI, 2015, p. 24) .

As práticas de tratamento nas comunidades terapêuticas, infiltradas na RAPS, evidenciam que à guerra às drogas, de cunho proibicionista, termina se efetivando numa guerra às pessoas

que as utilizam, já que estas passam a ser mortificadas em rituais que as levam a percursos muito diferentes de qualquer busca por liberdade, autonomia e participação. As práticas de redução de danos e outros recursos não asilares construídos em processos participativos são ignorados e deslegitimados, reafirmando, justamente, o seu contrário: a ênfase na abstinência e o confinamento.

THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR DRUGER USERS: AN POLITIC OF CONFINEMENT

Abstract

This study discusses the therapeutic process for people who use drugs defended by one of the largest networks of therapeutic communities in Brazil. In the first two decades of the 2000s, therapeutic communities emerge and expand as equipment that criminalizes, pathologizes and Christianizes people who use drugs. The therapeutic communities are characterized by practices of manipulation of bodies and mortification of life, by the obligation of work, by an orthopedics in community life and by the imposition of spirituality as a way of life. In the policies of mental health and psychosocial care, therapeutic communities represent a setback in practices derived from the anti-asylum and anti-prohibitionist struggle.

Keywords: Therapeutic Communities; Drugs Policies; Health Promotion.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA PERSONAS QUE UTILIZAM DROGAS: UNA POLITICA DE CONFINAMIENTO

Resumen

Este estudio problematiza el proceso terapéutico orientado a las personas que hacen uso de drogas defendido por una de las mayores redes de comunidades terapéuticas de Brasil. En las dos primeras décadas de los años 2000, las comunidades terapéuticas emergen y se expanden como equipamientos que criminalizan, patologizan y cristianizan a las personas que hacen uso de drogas. Las comunidades terapéuticas se caracterizan por prácticas de manipulación de cuerpos y mortificación de la vida, por la obligatoriedad del trabajo, por una ortopedia en el convivir comunitario y por la imposición de la espiritualidad como modo de vida. En las políticas de salud mental y atención psicosocial, las comunidades terapéuticas representan un retroceso en las prácticas derivadas de la lucha antimanicomial y antiprohibicionista.

Palabras clave: Comunidades Terapéuticas; Políticas Sobre Las Drogas; Promoción de La Salud.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Disponível em:

http://www.obid.senad.gov.br/portais/cascavel_comad/biblioteca/documentos/327845.pdf.

Acesso em: 25 out. 2015.

ASSIS, Jesus de Paula. Kuhn e as ciências sociais. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.7, n. 19, p. 133-164, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v7n19/04.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016.

BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007. Brasília: Senad; 2007.

BRITO NETO, José Araújo de. Comunidades terapêuticas em percurso: uma análise genealógica a partir do plano crack e suas ressonâncias no estado do Pará. 2015. 183f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

CAMPOS, Fernando Soares. Adolescentes infratores acautelados: uma caricatura do sistema penitenciário. In. ZAMORA, Maria Helena (Org.). **Para além das grades: elementos para transformação do sistema sócio-educativo**. Rio de Janeiro: EDPUC-RJ, São Paulo: Loyola; 2005, p. 113-124.

CASTIEL, Luis David. **Saúde e tecnologia: a busca da imortalidade**. Entrevista. Instituto Humanitas Unisinos [online], 14 de abr. 2013. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/519245-saude-e-tecnologia-uma-tentativa-de-alcancar-a-imortalidade-entrevista-especial-com-luis-david-castiel> Acesso em: 30 nov. 2015.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011.

CONAD. Conselho Nacional de Política sobre Drogas. Resolução CONAD nº 01, de 6 de maio de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas

associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-do-CONAD-Regulamentacao-Texto-Final-Aprovado-05-e-06-05-2015.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Resolução CONAD nº 3, de 19 de agosto de 2016. Suspende por força de decisão judicial, a aplicação da Resolução nº 01 do CONAD, de 19 de agosto de 2015. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONFENACT. Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas. **Código CNES definido pelo Ministério da Saúde**. 2016. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/?p=527>. Acesso em: 02 jan. 2017.

COOPER, David. **Psiquiatria y antipsiquiatria**. Buenos Aires: Locus Hypocampus; 1967

CRPSP. Conselho Regional de Psicologia – São Paulo. **Dossiê: relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias (os) de drogas no estado de São Paulo – mapeamento das violações dos direitos humanos**. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia; 2016.

DELEUZE, Gilles. Que é um dispositivo? In: BALIBAR, E.; DREYFUS, H.; DELEUZE, G. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa. 1999, p. 155-163.

FAZENDA DA ESPERANÇA. Metodologia. [200-?]a. Disponível em: <http://www.fazenda.org.br/metodologia/>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Nossa história. [200-?]b. Disponível em: http://www.fazenda.org.br/institucional/nossa_historia.php. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Recuperação. [200-?]c. Disponível em: <http://www.fazenda.org.br/recuperacao/>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FEBRACT. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **Código de ética**. Aprovado em assembleia geral da FEBRACT em 21 de janeiro de 1995. Disponível em: <http://www.febract.org.br/?navega=codigo-etica>. Acesso em 05 nov. 2015.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes; 2007.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes; 2008a

_____. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes; 2008b.

_____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal; 2009.

GALINDO, D. et al. Algumas contribuições de Michel Foucault para pensar a pauta do proibicionismo na política sobre drogas no Brasil. In. LEMOS, F. et al. (Orgs.). **Estudos com Michel Foucault: transversalizando em psicologia, história e educação**. Curitiba: CRV; 2015, p. 183-190.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2014.

_____. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec; 2015.

LAPASSADE, Georges. **El analizador y el analista**. Editora Gedisa, Barcelona, 1979.

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 2014.

MACHADO, Laura Paes. Do crack a Jesus: um estudo sobre a carreira do usuário de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. 143f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

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

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 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], Brasília, 27 jan. 2012, seção 01, n. 20, p. 40. ISSN 1677-7042; 2012

_____. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012b. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial [da União], Brasília, 27 jan. 2012, seção 01, n. 20, p. 39.

_____. Portaria n. 1482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção de Saúde.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Censo das comunidades terapêuticas no Brasil. 2007. Disponível em: <http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Comunidades terapêuticas. s/d. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em 06 mai. 2016.

PEREIRA, Willian César Castilho. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 10-19, 2007.

PERRONE, Pablo. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.

RIBEIRO, F.; MINAYO, M. C. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas. **Interface**, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

RODRIGUES, Thiago. Política das drogas e a lógica dos danos. **Verve**, v. 3, p. 257-277, 2003.

SILVA, A. A.; MÉLLO, R. P. Tecnologias de um dispositivo jurídico e seus efeitos na construção de uma biografia desviante. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 208-222, 2012.

SOUZA, Tadeu de Paula. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento, 2007, 116f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

WERB, D.; KAMARULZAMAN, A.; MEACHAM, M. C.; RAFFUL, C.; FISCHER B.; STRATHDEE, S. A.; WOOD E. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. **The International Journal of Drug Policy**, v. 28, p. 1-9, 2016.

Data de recebimento: 23/10/2017

Data de aceite: 12/12/2017

Sobre os autores:

Dolores Galindo possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1999), mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002) e doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2006), havendo realizado doutorado sanduíche no departamento de Psicologia Social da Universidade Autônoma de Barcelona (2004). Atualmente é professora do Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Cultura Contemporânea da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço Eletrônico: dolorescristinagomesgalindo@gmail.com

Morgana Moura é Mestre em Psicologia Social PUCSP, Doutoranda em Estudos de Cultura Contemporânea UFMT. Graduada em Psicologia UFMT. Endereço Eletrônico: morganammoura@gmail.com

Ricardo Pimentel-Mello é professor Associado do Departamento de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (Graduação e Pós-Graduação). Pós-doutorado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (201); Doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002); Mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1994). Endereço Eletrônico: ricardopmello@gmail.com