

UM CAMPO ORGANIZACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL? DOS PROCESSOS DE CONVERGÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES ÀS CLIVAGENS EMERGENTES¹

Roberto Rocha Coelho Pires

1 INTRODUÇÃO

As comunidades terapêuticas (CTs) são organizações privadas, em geral instituídas por iniciativa da sociedade civil, na sua maioria com o suporte de organizações religiosas, com vistas a oferecer acolhimento e tratamento (via internação) a pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas (SPAs). Se antes tinham uma atuação pouco perceptível, atualmente, as CTs têm se apresentado como alternativa terapêutica e ativas parceiras de governos na elaboração e execução de políticas públicas voltadas para pessoas que fazem uso problemático de drogas.

As CTs não são um fenômeno recente no Brasil e muito menos internacionalmente. A origem desses empreendimentos é controversa, podendo se remeter a meados do século XIX, no Reino Unido, ou à década de 1930, nos Estados Unidos, com os grupos de ajuda mútua – como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) –, ou aos experimentos do britânico Maxwell Jones, nos anos 1950. No Brasil, no entanto, a mais longeva das CTs ainda em funcionamento foi fundada em 1966 (Ipea, 2017). Desde então, as CTs têm caminhado em um processo contínuo de crescimento – se entre 1966 e 1985 contabilizavam-se 108 no país, hoje já se identificam, ao menos, 1.950 unidades (Ipea, 2017). Essa expansão contínua, mas especialmente intensa nas duas últimas décadas (quando aproximadamente 80% das CTs existentes no país foram criadas), faz com que as CTs adquiram atualmente uma intrigante saliência no panorama das organizações envolvidas na provisão de serviços públicos.

Nos últimos anos, as CTs têm assumido cada vez mais funções e papéis na produção de políticas públicas e nas relações com diferentes setores do Estado e atores do nosso sistema político. Percebe-se uma presença crescente dessa categoria

1. O autor gostaria de agradecer a todos os membros do grupo de estudo de políticas de drogas na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea, em especial Maria Paula Gomes dos Santos, Helder Ferreira e Marco Natalino, pela leitura e pelos comentários que muito contribuíram para o aprimoramento deste texto a partir de sua versão inicial.

nos diferentes ordenamentos jurídicos que organizam a provisão de serviços nas áreas de saúde, assistência social e acolhimento e tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas.² Montantes não desprezíveis de recursos públicos, nos três níveis de governo, têm sido destinados a financiar as atividades de CTs, desde o financiamento direto de vagas a múltiplas formas de subvenção e isenção fiscais.³

Observa-se, além disso, uma expressiva penetração das CTs em diferentes conselhos gestores de políticas públicas, nos níveis municipal, estadual e federal (Ipea, 2017), em paralelo à obtenção de certificações e credenciamentos que as autorizam a acessar benefícios e a realizar parcerias com os governos para sua implementação. Por fim, destacam-se também as relações estabelecidas com membros do Legislativo nos três níveis da federação, envolvendo a criação, no Congresso Nacional, de uma frente parlamentar de apoio ao trabalho das CTs em 2011, posteriormente renovada em 2015.⁴ Esta frente tem exercido uma defesa ativa das CTs nos debates congressuais e apresentado projetos de lei voltados para a ampliação de formas de financiamento público a essas instituições.

A expansão numérica e a crescente presença institucional das CTs são fatos que nos convidam à reflexão. Por um lado, trata-se de um fenômeno que tem se desenvolvido nas últimas décadas à margem da atenção pública e do conhecimento de diversos segmentos da sociedade. Por outro, além de esse fenômeno já ter alcançado uma dimensão nada negligenciável, são claras as implicações que tem tido sobre a formulação e implementação de políticas públicas de atenção a pessoas que fazem uso problemático de SPAs – e são enormes as possibilidades de repercussões futuras. Esse cenário nos leva a indagar sobre as formas de organização, os relacionamentos e as articulações entre essas organizações (internamente), e entre elas e os demais atores no seu ambiente (externamente), buscando-se uma melhor compreensão das dinâmicas envolvidas no processo de sua emergência e expansão. Questiona-se, fundamentalmente, sobre a conformação de um “campo organizacional das CTs” e sobre as implicações da operação desse campo para as políticas públicas de drogas e saúde mental no Brasil.

Os dados produzidos pela pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017) oferecem alguns pontos de partida para análises nessa direção. Assim, este texto tem como objetivo sistematizar e analisar os dados disponíveis, no sentido de caracterizar os contornos gerais do campo organizacional das CTs no Brasil e explorar seus mecanismos, processos constitutivos e possíveis efeitos, tanto para as próprias CTs quanto para os demais atores com os quais elas se relacionam.

2. Ver capítulo 9 deste livro.

3. Financiamento direto de vagas pelo governo federal tem início em 2012, com o programa Crack: É Possível Vencer. O financiamento por governos estaduais e municipais, por sua vez, é mais antigo.

4. Ver capítulo 8 deste livro.

Dessa maneira, a contribuição pretendida envolve o exercício do olhar para o fenômeno a partir da perspectiva do seu campo organizacional, chamando atenção para os processos e dinâmicas relativos à constituição e à atuação das CTs como um ator coletivo e às interferências deste nos processos de construção de políticas públicas no país. Esse olhar privilegia um nível de análise mais agregado e permite uma compreensão panorâmica do fenômeno, amparada nos dados do *survey* com uma amostra representativa das CTs no Brasil. No entanto, essa perspectiva tem como limitação ofuscar importantes nuances e variações entre os casos individuais de CTs no Brasil e seus distintos processos de subjetivação e formas de se relacionar com usuários, tal como tem sido competentemente observado por estudos já existentes sobre o tema.⁵

Neste texto, primeiramente faz-se uma revisão do conceito de campo organizacional e da forma como sua utilização pode auxiliar na compreensão das causas e consequências de processos de convergência e homogeneização verificados entre os membros de um campo, além de serem explorados os vetores de potenciais diferenciações internas, clivagens e tensões.

Em seguida, e com base no material empírico produzido pela referida pesquisa, traça-se uma caracterização do campo organizacional das CTs no Brasil, destacando-se as principais convergências nas formas de atuação, operação e em suas abordagens terapêuticas.

Adiante, confrontam-se as hipóteses centrais fornecidas pela literatura em busca de explicações para as convergências percebidas e suas implicações, além de elementos que permitam explorar também as possíveis clivagens, tensões ou divergências emergentes no campo. Nesse sentido, este texto não se constitui como esforço de construção de uma interpretação ou argumento único e coerente, mas como uma exploração dos fenômenos empiricamente observados à luz das diferentes hipóteses e possibilidades de explicação oferecidas pela literatura mobilizada, as quais encontrarão na conclusão uma tentativa de sistematização, síntese e apontamento dos caminhos a serem seguidos em futuras pesquisas.

2 O CONCEITO DE CAMPO ORGANIZACIONAL E OS SEUS USOS

Teorias associadas ao movimento neoinstitucional ganharam força nos anos 1990 como elaborações que permitiriam a análise de processos sociais, evitando as limitações tanto das perspectivas atomísticas/individualistas quanto das abordagens mais estruturalistas. Em sua vertente sociológica, a teoria neoinstitucional postulava que a ação organizacional ou individual precisava ser compreendida e explicada pelos constrangimentos e oportunidades oferecidos pelos arranjos institucionais

5. Ver capítulos 3 e 4 deste livro.

nos quais ela se insere (DiMaggio e Powell, 1991). Assim, instituições operariam em um nível intermediário de análise (entre o micro e o macro), potencialmente moldando as opções de ação disponíveis para os atores, sendo também objetos de interferência e mudanças a partir dessas ações.

Nesse contexto, a noção de campo organizacional se tornou um construto central da teoria neoinstitucional, em sua vertente sociológica. Tal construto apoiou análises sobre a constituição e os efeitos de elementos situados entre organizações isoladas e macroestruturas sociais. Isto é, redes de relações sociais (e os objetos que elas produzem) passaram a ser compreendidas como elementos explicativos e dimensões de impacto das ações organizacionais.

O campo organizacional pode ser definido simplesmente como um coletivo de organizações, que, “de forma agregada, constituam uma área reconhecida da vida institucional” (DiMaggio e Powell, 1983, p. 148). As delimitações do campo podem assumir formas diversas e incluir organizações que produzam serviços ou produtos semelhantes, interajam com os mesmos tipos de fornecedores ou financiadores, compartilhem um mesmo segmento de consumidores, submetam-se às mesmas agências regulatórias ou normas etc. Tal como enfatizado por DiMaggio e Powell (1983), a virtude do campo organizacional como unidade de análise é dirigir nossa atenção para a totalidade de atores relevantes em uma determinada situação – ou, como complementou Scott (1995, p. 56), para a “comunidade de organizações que compartilha um sistema de significados e na qual seus participantes interagem mais frequentemente e conseqüentemente entre si do que com outros atores situados fora do campo”.

As primeiras aplicações do construto visaram compreender os processos de conformação e atuação de organizações. Em oposição à ideia de que considerações sobre eficiência nas relações entre os meios e os fins teriam prevalência na operação cotidiana de organizações, tal como se prevê na teoria weberiana da burocracia, a primeira geração de estudos sobre campos organizacionais veio demonstrar o lugar central da busca por sobrevivência e legitimidade. À medida que enfrentam incertezas cotidianamente e precisam lidar com elas a partir de processos decisórios marcados por uma “racionalidade limitada” (Simon e March, 1958), organizações buscam no seu campo organizacional orientações, *scripts* e modelos de ação que lhes apontem um caminho seguro e socialmente aceitável.

O campo organizacional, assim, apresenta-se como um conjunto de instituições que guiam o comportamento das organizações, oferecendo as estruturas culturais-cognitivas, normativas e regulatórias que garantem a estabilidade e o sentido coletivo do comportamento social (Scott, 1995).

O tratamento de incertezas por meio de uma racionalidade limitada acarretaria aquilo que DiMaggio e Powell (1983) definiram como isomorfismo – a reprodução

consciente e inconsciente de formas e funções organizacionais, de maneira que uma unidade, em meio a uma população, vá se tornando cada vez mais semelhante a outras unidades que se submetem às mesmas condições ambientais. Como advertido por Meyer e Rowan (1977), essa reprodução, ao tornar as organizações aparentemente mais legítimas diante de seus públicos, aumentaria as expectativas de sobrevivência delas, uma vez que seus membros e parceiros tenderiam a não questionar seus propósitos e formas de atuação. À medida que mais e mais organizações incorporassem elementos institucionais comuns, a maioria delas, em um campo, tenderia a se homogeneizar em termos de estrutura, cultura e produto (DiMaggio e Powell, 1983).

Assim, essa primeira geração de estudos sobre campos organizacionais se dedicou predominantemente à explicação da homogeneidade observada entre organizações, atribuindo-a menos a processos de racionalização/burocratização (busca por eficiência entre meios e fins) e mais a processos de institucionalização, envolvendo a constituição de uma lógica ou racionalidade coletiva no nível do campo organizacional (Friedland e Alford, 1991).

Nesses processos de institucionalização, DiMaggio e Powell (1983) identificaram três modalidades da mudança isomórfica, isto é, processos que levariam as organizações de um campo a se tornarem mais semelhantes entre si: *i*) coercitiva – derivada de pressões formais e informais (como leis, normas ou convenções) exercidas por atores politicamente competentes no ambiente externo e que definem padrões de atuação aceitáveis; *ii*) mimética – resultante da imitação de respostas de outros membros do campo quanto à incerteza da relação entre meios e fins; e *iii*) normativa – associada à difusão de concepções e práticas decorrentes da atuação de grupos de profissionais.

Nesse sentido, o isomorfismo institucional pode ser compreendido como resultante: *i*) do papel do Estado e de outras entidades com função de coordenação; *ii*) das interações com outras organizações do campo; e *iii*) do trabalho dos profissionais que por elas transitam – indo além, portanto, de uma mera racionalidade instrumental na competição pela sobrevivência.

A partir do reconhecimento desses processos e fatores, o trabalho de DiMaggio e Powell (1983) foi seminal ao lançar um conjunto de hipóteses para explicar as condições sob as quais a mudança isomórfica se tornaria mais provável. Entre elas, destacam-se: *i*) quanto maior o número de organizações do campo que interajam constantemente com órgãos e agências governamentais ou outras entidades não governamentais de regulação e coordenação (isto é, que definam padrões de atuação), maior é a pressão isomórfica sobre as organizações do campo; *ii*) quanto maior a incerteza das tecnologias empregadas (por exemplo, tratamento *versus* cura) e quanto maior a ambiguidade dos objetivos de um empreendimento, maior é a propensão de

uma organização de se conformar a partir daquilo que percebe como característico das organizações bem-sucedidas no campo; e *iii*) quanto maior a profissionalização de um campo e sua dependência de determinados grupos profissionais, maior é a propensão à mudança isomórfica.

Mais adiante, uma segunda geração de estudos veio a criticar o caráter estático e unitário das conceitualizações de campo organizacional da primeira geração e sua ênfase excessiva sobre a questão da homogeneização de populações organizacionais. Os adeptos dessa segunda onda visaram trazer atenção às questões relativas à agência e à mudança nos campos organizacionais, criticando a visão excessivamente socializadora que definia os membros de um campo como passíveis recebedores de influência do seu ambiente social.

Assim, para além de um ambiente de pressões isomórficas, os campos organizacionais passaram a ser concebidos como ambientes de contestação ou campos de disputa e conflito (Bourdieu e Wacquant, 1992), uma vez que seus membros poderiam vir a responder diferentemente a pressões institucionais, acumular tipos distintos de capital e possuir propósitos diversos em relação a sua posição e participação no campo. Além disso, campos poderiam envolver arranjos institucionais contraditórios e estar conectados ou inseridos em outros sistemas institucionais, induzindo a atritos e potenciais conflitos. Uma vez que os membros de um campo precisariam lidar com essas diferenças e articular elementos institucionais diversos com suas necessidades e seus interesses, a interação cotidiana entre eles inevitavelmente alteraria a constituição e a operação do campo.

Em uma tentativa de sistematizar essas percepções sobre a natureza dinâmica dos campos, Fligstein e McAdam (2012) sugeriram defini-los como “campos de ação estratégica”, nos quais os atores se relacionam a partir de entendimentos compartilhados sobre o campo, embora não necessariamente consensuais. Nesses campos, atores se distribuem como “incumbentes” (*incumbents*, ou que ocupam posições e exercem mandatos) e “desafiadores” (*challengers*), disputando vantagens e reposicionamentos constantemente, a partir de suas variadas habilidades sociais.

Essa linha de investigação nos leva a pensar os campos organizacionais como espaços que envolvem múltiplas posições, possibilidades de relação com as instituições e diferentes “lógicas institucionais” (Thornton e Ocasio, 1999; 2008) para a interpretação e produção de sentidos e formas diversas de comportamento social. Nesse contexto, recuperou-se o papel que poderia vir a ser desempenhado por “empreendedores institucionais” (DiMaggio, 1988) na definição de discursos, normas e estruturas que orientem a ação organizacional. Abriu-se caminho, também, para o “trabalho institucional” (Lawrence e Suddaby, 2006) desempenhado por atores culturalmente competentes em suas tentativas de criar, manter ou perturbar instituições.

Em suma, o itinerário dos usos do conceito de campo organizacional nas últimas décadas sugere que se trata de um construto analítico útil tanto para reflexões sobre processos de convergência, uniformização de estruturas e formas de ação organizacional, como para investigações focadas nas heterogeneidades internas, disputas e tensões potencialmente transformadoras. A evolução do debate em torno do conceito e seus usos oferecem *insights* para pensar campos organizacionais como processos de produção de ordem e mudança social. Dessa maneira, aporta-se um quadro analítico potencialmente profícuo para a compreensão da emergência e do desenvolvimento das CTs no Brasil como um ator coletivo e um emaranhado de relações sociais.

3 O CAMPO ORGANIZACIONAL DAS CTs NO BRASIL: A PRODUÇÃO DE CONVERGÊNCIAS E SUAS IMPLICAÇÕES

O campo organizacional das CTs no Brasil poderia ser concebido como tendo, em seu núcleo, as próprias organizações classificadas como CTs (e seus membros profissionais, voluntários e líderes), distribuídas em todo o território nacional (apesar de uma forte concentração na região Sudeste, com 42% das organizações, seguidas das regiões Sul e Nordeste, com 26% e 17%, respectivamente), principalmente em áreas rurais vizinhas a centros urbanos (Ipea, 2017). Em torno das CTs gravitariam outros atores e organizações diretamente envolvidos nos serviços prestados, como os próprios usuários e suas famílias, equipamentos e serviços de saúde e assistência social, além de instituições religiosas. Ademais, os atores envolvidos no financiamento das operações dessas CTs também se apresentam como importantes integrantes desse campo. Aqui, novamente, as instituições religiosas têm presença marcante, juntamente com as pessoas físicas e jurídicas que fazem doações e os governos municipais, estadual e federal.

Finalmente, cumpre registrar a presença de entidades associativas no campo, a exemplo de confederações nacionais e federações de CTs, desempenhando papéis de articulação, representação e capacitação. Assim, as dinâmicas relacionais cotidianas entre esses atores se configuram como as manifestações mais concretas e importantes para a análise da operação do campo organizacional das CTs no Brasil.⁶ Partindo do confronto entre os argumentos da literatura examinada e os dados produzidos pela pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), abordaremos nesta seção as dinâmicas que nos ajudam a compreender as convergências e homogeneidades observadas. A seção 4, por sua vez, se dedicará à análise das potenciais variações e clivagens internas ao campo.

6. Por ser um construto abstrato, as fronteiras, os integrantes e as relações internas a um campo podem ser definidos e redefinidos de formas diversas. Essa descrição se apoia nos dados produzidos pela pesquisa (Ipea, 2017) sobre os principais atores e relações que as CTs estabelecem na sua operação cotidiana, na produção do serviço e no seu financiamento. Obviamente, trata-se de uma descrição genérica, que não contempla características particulares de casos específicos, mas, por isso mesmo, pode apontar elementos transversais úteis para a compreensão do fenômeno.

Um dos achados mais proeminentes da referida pesquisa diz respeito a uma forte convergência em direção a um padrão terapêutico comum. Isto é, a ampla maioria de CTs no Brasil tende a adotar metodologias terapêuticas e atividades cotidianas muito semelhantes. Essa constatação surpreendeu, uma vez que as expectativas iniciais se baseavam na ideia de que um conjunto de organizações de iniciativa da sociedade civil e de base local – em alguns casos, ordenadas em redes, com sedes e filiais, espalhadas pelas cinco regiões do país, assumindo distintas orientações religiosas e também não religiosas, a partir de diferentes possibilidades de financiamento e num contexto marcado por uma regulamentação formal incipiente e desarticulada entre diferentes organismos de regulação estatal – tenderia a favorecer a diferenciação e heterogeneidade de práticas, formas de atuação, métodos e recursos de tratamento entre as CTs brasileiras.

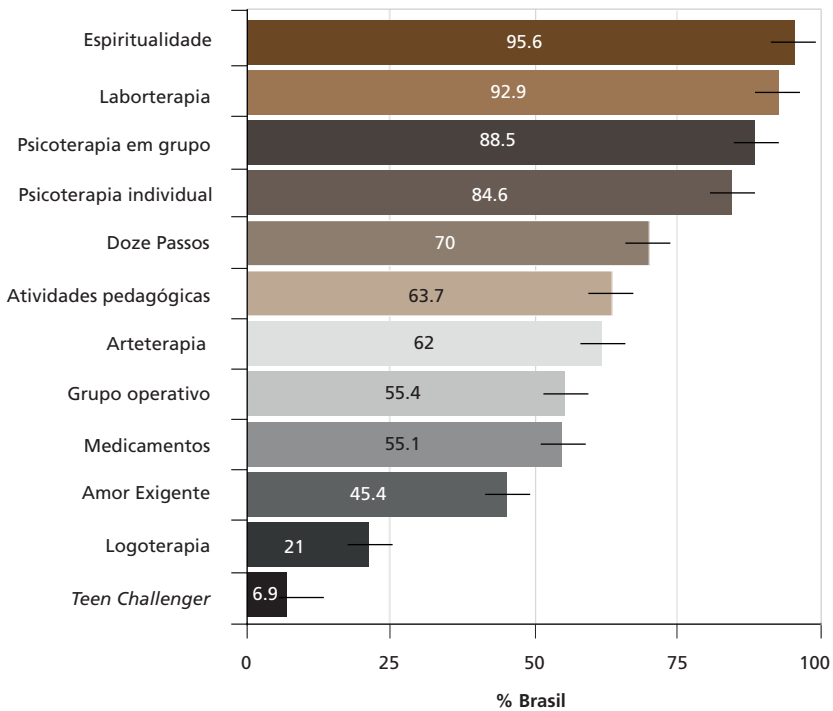
Os dados do *survey*, baseado numa amostra representativa da população de CTs no Brasil, apontaram, no entanto, que 82% delas declararam adotar um plano de tratamento geral, dentro do qual haveria cinco métodos e recursos praticados por pelo menos três a cada quatro CTs – considerando-se os limites do intervalo de confiança das estimativas (gráfico 1). Estes métodos e recursos terapêuticos incluem: a espiritualidade e a laborterapia, abrangendo quase a totalidade das CTs brasileiras; as psicoterapias em grupo (89%) e individual (85%); e, por fim, o método dos Doze Passos (70%).

Quando esmiuçamos as atividades que perfazem a rotina diária dos acolhidos nas CTs, encontramos reforços às constatações anteriores. Atividades como leitura da Bíblia, orações e cultos, além de palestras diversas, declaradas como rotineiras por aproximadamente 90% das CTs, apresentam clara ligação com a espiritualidade como método e recurso terapêutico. Esse resultado chama atenção, pois indica que até as CTs que se declararam “sem orientação religiosa específica” (17% da população) parecem praticar rotineiramente atividades típicas de grupos religiosos. A laborterapia, por seu turno, manifesta-se na rotina dos acolhidos por meio de atividades como limpeza e organização da CT, atividades físicas e trabalho de cozinha (praticadas por aproximadamente 90% das CTs) e trabalhos de agricultura e pecuária (70%). As psicoterapias compõem o cotidiano dos acolhidos nas atividades de atendimento individual (84%), em grupo (82%) ou em reuniões de sentimentos (82%). Por fim, o método dos Doze Passos também repercute em reuniões na rotina diária dos acolhidos, tal como declarado por 70% das CTs.

Assim, apesar das expectativas iniciais de variabilidade nas metodologias de tratamento, dadas as condições de partida favoráveis à heterogeneidade, constatou-se que quase a totalidade das CTs segue um esquema terapêutico semelhante, baseado nos mesmos métodos e atividades cotidianas (isomorfismo). Em quase todas as CTs no país – baseadas em diferentes regiões, orientações religiosas e esquemas de

financiamento –, desenvolvem-se métodos e atividades terapêuticas que conjugam inspirações e saberes religiosos (particularmente, cristãos) e científico-profissionais (psicológicos, socioassistenciais e médicos) na abordagem dos transtornos decorrentes do uso problemático de drogas. De modo geral, ancoram sua terapêutica em rotinas comunitárias disciplinadas, exercício do trabalho – conhecido como laborterapia – e recurso à espiritualidade (Ipea, 2017).

GRÁFICO 1
Métodos e recursos de tratamento utilizados em CTs brasileiras
 (Em %)



Fonte: Ipea (2017).

Essa convergência inesperada demanda explicações. Como vimos, uma das utilidades do construto teórico do campo organizacional é justamente hipotetizar como as características gerais e as relações cotidianas de um campo moldam e conformam as estruturas e formas de atuação das organizações no seu interior. Uma explicação para o isomorfismo observado no campo das CTs deveria levar em conta as diferentes modalidades de mudança isomórfica (DiMaggio e Powell, 1983) e os mecanismos e agentes operadores da convergência. Assim, no que segue, buscaremos uma aproximação entre as hipóteses da literatura e os dados empíricos produzidos pela pesquisa.

3.1 Isomorfismo mimético

Uma primeira fonte de *insights* importantes deriva da modalidade de isomorfismo mimético. Um dos fatores que tendem a intensificar o isomorfismo no campo das CTs é o fato de haver um elevado grau de incerteza entre as metodologias terapêuticas e a obtenção da “cura” – isto é, incerteza na relação entre meios e fins, tal como definido na literatura. Destaca-se o caso de não existirem métodos ou recursos de tratamento amplamente reconhecidos como efetivos no campo da saúde mental, dependência química e drogadição. São escassas as evidências e comprovações da eficácia dos métodos terapêuticos e tratamentos existentes, seja envolvendo abordagens clínicas, medicamentosas ou religiosas. A ausência de conhecimento sobre os meios – tratamentos – mais adequados para a obtenção dos fins desejados – cura – imprime um elevado grau de incerteza a qualquer iniciativa voltada ao atendimento dos problemas associados ao uso abusivo de SPAs.

Assim, tal como previsto na literatura, em atividades marcadas por altos graus de incerteza, processos de imitação e reprodução de formas de atuação de outros membros do campo reconhecidos como bem-sucedidos tendem a se tornar recorrentes na luta pela sobrevivência e busca de legitimação.

Os dados empíricos levantados pela pesquisa apoiam esse tipo de percepção. Como observado anteriormente, o aumento das CTs no Brasil nas últimas décadas foi marcado por um período inicial de crescimento lento, seguido por uma grande expansão nos anos 2000. Essa expansão mais recente se deu em grande parte pela difusão de CTs como filiais ou desmembramentos de outras existentes em novos locais, levando consigo o modelo de atuação da “organização-mãe”.

O trabalho de Machado (2011), por exemplo, debruçou-se sobre o percurso e o funcionamento de uma única CT, a qual, ao longo de sua história, produziu várias outras CTs filiais. De acordo com a autora, novas CTs eram criadas por meio do deslocamento de monitores e coordenadores experientes (“ex-alunos”) para cargos de direção em empreendimentos recém-abertos em outros estados e regiões do país. O estudo de Melo e Corradi-Webster (2016), por sua vez, aborda uma CT fundada em 1999, também por ex-residentes de outra CT, com o auxílio de um grupo de apoio a familiares de usuários de drogas e do Ministério Público.

Dessa maneira, os novos empreendimentos garantem uma trajetória ocupacional mais longa e promissora para os “funcionários”, ao mesmo que permitem a reprodução do modelo de funcionamento da CT da qual eram originários. Os dados do *survey* apontam que esse processo, observado nesses e em outros estudos de caso, possa ser revelador de um padrão mais geral no campo, uma vez que 28% das CTs no Brasil indicaram possuir filiais, às vezes congregando mais de setenta unidades filiadas. Isto é, a cada dez CTs, três a quatro possuem filiais, sendo o restante da população

dividido entre as CTs que são filiais dessas primeiras e as que operam de maneira isolada e independente de outras (Ipea, 2017).

A incerteza na relação entre meios e fins que caracteriza o campo das CTs sugere ainda que, mesmo CTs novas, que sejam criadas e operem de forma independente de outras, tenderão a se conformar e moldar suas práticas por meio de reprodução e imitação de outras já existentes e reconhecidas por sua atuação. Tal como apresentado pela literatura, quanto maior a incerteza envolvida, maior a propensão à imitação, pois a reprodução de práticas presentes no campo diminui o risco e aumenta as chances de aceitação social e sobrevivência das organizações nesse ambiente.

3.2 Isomorfismo coercitivo

Um segundo terreno que merece ser explorado diz respeito à modalidade coercitiva de isomorfismo, a qual contempla as explicações envolvendo conformidade e observância a leis, normas e convenções, formais ou informais. Em geral, explicações sobre isomorfismo coercitivo tendem a levar em conta a importância das relações com o Estado e seus mecanismos de regulação de condutas e comportamentos (leis e demais atos normativos) e de financiamento com pré-requisitos e contrapartidas. No caso específico das CTs no Brasil, percebe-se uma regulação – conjunto de normas e regras sobre o seu funcionamento – ainda incipiente,⁷ limitando-se à esfera da vigilância sanitária,⁸ com foco nas estruturas e condições físicas da instituição.

Quanto ao financiamento, os dados da pesquisa indicam que, ainda que governos sejam atores importantes no custeio das CTs, eles são apenas uma entre diversas outras fontes mobilizadas – como doações, cobranças pelos serviços, recursos próprios de dirigentes, atividades de captação de recursos etc. Além disso, entre as esferas de governo que financiam as CTs, o nível federal – o qual teria o maior potencial de pressão isomórfica coercitiva em todo o país, por meio da imposição de requisitos em seus editais públicos ou exigências decorrentes dos financiamentos – apoia financeiramente apenas 24% das CTs no Brasil. De maneira semelhante, o nível estadual cobre 28% delas. O nível municipal, por sua vez, apesar de apresentar uma cobertura muito maior (41%), mostra um potencial reduzido de pressão isomórfica no campo, regional ou nacionalmente, já que suas

7. A aprovação de um marco regulatório para as CTs, com normas mínimas para seu funcionamento e fiscalização, tem sido uma reivindicação constante dos principais atores do campo, desde 1995, ao Conselho Federal de Entorpecentes (Confen). O recente episódio (2016) do questionamento por parte do Ministério Público Federal, em São Paulo, e da decisão da Justiça Federal de suspender a Resolução do Congresso Nacional de Administração (Conad) nº 1/2015 é ilustrativo da ausência de consenso e diretrizes para uma regulação do funcionamento e da operação de CTs no Brasil.

8. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, atualmente nº 29/2011, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

normas e exigências, porventura existentes, não se aplicariam às CTs distribuídas em centenas de outros municípios.⁹

Em suma, o isomorfismo coercitivo percebido a partir das relações com o Estado parece ter pouco poder explicativo para o caso das CTs no Brasil. A regulação incipiente, somada à cobertura relativamente baixa do financiamento federal, não impõe pressões isomórficas à altura das convergências observadas no campo. Tal como narram Melo e Corradi-Webster (2016), a partir de pesquisa de campo feita em uma CT no estado de São Paulo:

em uma das visitas realizadas, um dos coordenadores aborda as mudanças exigidas pela Anvisa para a regularização da CT, possibilitando com isto o cadastro desta no Ministério da Saúde e, assim, o recebimento de usuários via programas do governo, como o Crack, É Possível Vencer, que financia a internação em CT. Relatou que as mudanças exigidas pelo órgão foram pequenas alterações na estrutura das duas casas em que os usuários ficavam, proibição de criação de animais (porcos, galinhas e vacas) para o consumo próprio dos moradores da CT, entre outras (Melo e Corradi-Webster, 2016, p. 385).

Esta mesma modalidade coercitiva, no entanto, pode ser pensada para as relações entre CTs e suas entidades associativas, as quais também têm relevância em termos da coordenação social e regulação das organizações do campo. Por serem associações baseadas em pertencimento e filiação, as entidades podem exigir – com maior ou menor grau de imposição/fiscalização – determinados padrões de conduta e operação como requisitos para entrada e permanência no grupo.¹⁰ O campo das CTs no Brasil é caracterizado pela existência de diversas entidades associativas, como federações, redes e associações estaduais, além de uma confederação nacional.

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACKT) possui abrangência nacional, pois está presente em quatorze Unidades da Federação (UFs). É uma das mais antigas do setor, fundada em 1990, com sede em Campinas, São Paulo. A Cruz Azul do Brasil, por sua vez, é uma federação de abrangência regional, concentrando suas filiadas na região Sul, tendo sido instituída em 1995, com sede em Blumenau, Santa Catarina. Outra federação de abrangência regional é a Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), fundada em 2007, com sede em Teresina, Piauí.

9. Caso fosse possível observar um processo de convergência entre as legislações e normas municipais, baseado na imitação (isomorfismo mimético), poder-se-ia supor um maior potencial de pressão isomórfica (de tipo coercitivo), oriunda do financiamento municipal. No entanto, não há informações que possam sustentar essa suposição.

10. As diferentes federações pesquisadas indicaram procedimentos e exigências para filiação, em geral registradas nos seus estatutos e sítios de internet. A título de exemplo, a FEBRACKT, no contexto de seu programa de expansão, anuncia ao final da página sobre o seu histórico: "Através das Regionais pretendemos elevar o nível de atendimento das Comunidades filiadas e de trazer as não filiadas para a FEBRACKT, desde que tenham, as condições mínimas para juntarem-se a nós." Disponível em: <<http://www.febrackt.org.br/?navega=historico>>. A página dedicada ao processo de filiação anuncia que o processo envolve envio e análise de documentação, além de visitas por representante da Federação, a partir da qual podem ser exigidas adequações como condição para obtenção de certificado de filiação. Disponível em: <<http://www.febrackt.org.br/?navega=filiacao>>.

Para além do critério regional/geográfico, existem federações organizadas em torno de denominações religiosas específicas. Dois exemplos são: a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), fundada em 1998 e com sede em Brasília, Distrito Federal; e a Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas e Instituições Afins, que iniciou seus trabalhos em 1997 e atua como pessoa jurídica da Pastoral da Sobriedade, consolidada nas dezessete regionais da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

Encontramos, ainda, entidades associativas que se restringem a articular as CTs dentro de uma mesma UF, como a Federação das Comunidades Terapêuticas e demais Organizações Não Governamentais Antidrogas do Pará (FECONGAD/PA); o Sindicato das Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais (Sindterapêutica/MG); a Associação Catarinense de Comunidades Terapêuticas (ACCTE); a Associação Mineira de Comunidade Terapêutica e Instituições Afins (AMCTIA); e a Federação das Comunidades Terapêuticas do Rio Grande do Sul (FECTERS), entre outras que não puderam ser mapeadas no escopo desta pesquisa. As federações de abrangência estadual, em geral, apresentam datas de fundação mais tardias que as anteriores (anos 2000), mas, não obstante, contam com dezenas de CTs filiadas.

Essa diversidade é indicativa da energia movimentada entre as CTs no sentido de haver articulações para a representação coletiva e a troca de experiências e serviços. Apesar dessa energia associativa, os resultados do *survey* expõem um elevado grau de fragmentação, em termos de filiação e pertencimento (gráfico 2). Nenhuma entidade obteve declarações de filiação de CTs acima de 21,4%, (FEBRCT). Em uma lista com sete opções nominais de entidades, vale notar que a categoria "outras" ficou em segundo lugar, com 14,8% das declarações de filiações, embasando uma percepção de pulverização das entidades associativas no campo. Assim, o pertencimento e a filiação a essas entidades – e o seu decorrente potencial de regulação – podem até ter algum papel relevante na explicação do isomorfismo, mas certamente não são, de forma isolada, condições suficientes.

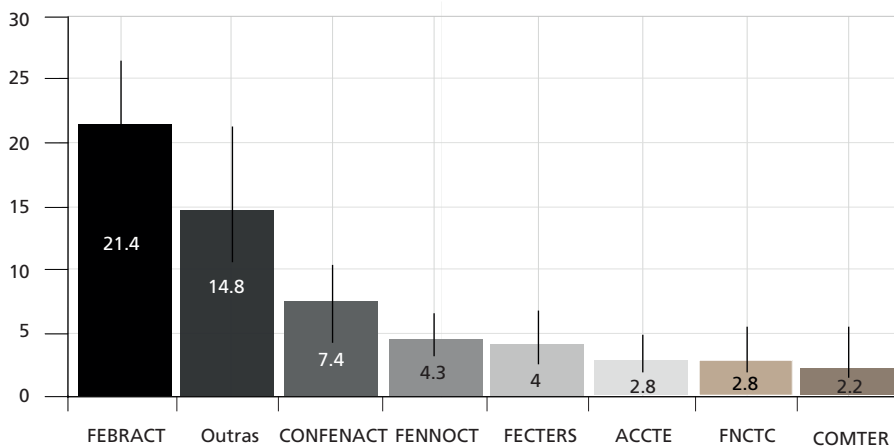
Esse elemento, entretanto, não deveria ser precipitadamente descartado, pois, para além das articulações em nível estadual e regional, as entidades associativas do campo das CTs têm demonstrado capacidade de articulação nacional e internacional. Em nível nacional, merece destaque a atuação da CONFENACT, fundada em 2012, por meio da associação entre as principais lideranças nacionais do campo das CTs,¹¹ com sede em Blumenau, Santa Catarina. Esta instituição teve como membros fundadores as quatro principais federações de CTs no país – FENNOCT, Cruz Azul do Brasil, Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT)

11. Célio Barbosa, da FENNOCT; Rolf Hartmann e Egon Schlüter, da Cruz Azul do Brasil; padre Haroldo Rahm e Juliano Marfim, da FEBRCT; padre Wellington Vieira, da FETEB; frei Hans Stapel Ofm, Nelson Giovanelli Rosendo dos Santos e Adalberto Calmon Barbosa, da Fazenda Esperança.

e FETEB –, além da rede de CTs Fazenda Esperança, as quais se alternam na ocupação dos cargos de direção.

GRÁFICO 2

Brasil: taxas de filiação à confederação, a federações e a associações de CTs
(Em %)



Fonte: Ipea (2017).

Obs.: CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas; FNCTC – Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas Católicas; COMTER – Comunidades Terapêuticas em Rede.

A CONFENACT foi criada com o objetivo de fortalecer a modalidade de tratamento de CT, atuando na definição e no aprimoramento da política nacional de atendimento de pessoas afetadas pela dependência de SPAs, por meio da inserção das CTs na rede de atendimento a dependentes de drogas. Além disso, a confederação pretende ser um ponto de referência no que diz respeito ao apoio às federações e na disseminação de informações, valores e experiências que contribuam para o trabalho desenvolvido nas CTs. Com essa orientação, a CONFENACT se tornou o principal canal de comunicação e articulação das necessidades e demandas das federações de CTs junto ao governo federal, mobilizando diversas autoridades e interferindo em importantes arenas decisórias no governo, o que será objeto de discussão aprofundada mais adiante.

Finalmente, cabe mencionar que as entidades associativas do campo das CTs no Brasil estabelecem também articulações em nível internacional. A FEBRACT, por exemplo, é membro das federações Mundial e Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas, envolvendo-se na realização de eventos, encontros e intercâmbios com CTs em diversos outros países. A Cruz Azul do Brasil, por sua vez, integra a International Blue Cross, rede internacional de organizações com trabalhos na

área da dependência química, presente em mais de quarenta países, originalmente fundada em Genebra, em 1877.¹²

Além da intermediação via federações, existem casos de CTs no Brasil que são filiais de grupos sediados em outros países. Há também casos como o da Fazenda da Esperança, originada em Guaratinguetá, São Paulo, no início dos anos 1980: além de possuir 78 unidades de CTs em praticamente todos os estados no Brasil, congrega atualmente empreendimentos semelhantes em quinze países diferentes.¹³

3.3 Isomorfismo normativo

Finalmente, o terceiro campo direcionado à exploração de explicações para as convergências observadas nas formas de atuação das CTs no Brasil é a modalidade de isomorfismo definida por DiMaggio e Powell (1983) como normativa, a qual envolve processos de conformação organizacional derivados da difusão de concepções e práticas por parte de grupos profissionais. Nessa linha, vislumbram-se duas possibilidades de explicação para o fenômeno da convergência: *i*) a circulação de determinados grupos profissionais já estabelecidos entre postos de trabalho nas organizações do campo poderia acarretar a difusão de práticas e concepções de atuação entre CTs distintas, provocando convergência na atuação das diferentes unidades; e/ou *ii*) a formação de um grupo profissional com identidade ocupacional própria ao campo, devido a esforços intensivos de capacitação, o qual se reforça e se torna mais coeso em função de disputas e da percepção de ameaças por parte de grupos profissionais externos ao campo.

A expansão numérica das CTs no Brasil nos últimos anos vem sendo acompanhada de uma crescente mobilização de força de trabalho para esse setor, a ponto de podermos falar de um mercado de trabalho próprio. Esse mercado mobiliza trabalhadores diversos, envolvendo desde profissionais de nível superior (como médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) a trabalhadores voltados ao cuidado dos internos e à organização da CT, sem formação superior (como requisito formal).

A essa segmentação se soma aquela relativa aos diferentes tipos de relação de trabalho – a força atuante nas CTs envolve tanto empregados assalariados como trabalhadores voluntários. Os dados do *survey* indicam que, em média, e considerando todos os tipos de trabalhadores envolvidos, uma CT no Brasil mobiliza 24,5 trabalhadores, dos quais 9,9 são empregados assalariados (40%) e 14,6 são voluntários (60%). Esse contingente varia muito conforme o porte das CTs. Uma de pequeno porte (com até vinte vagas) apresenta uma média de vinte trabalhadores, com uma maior proporção

12. “Na Suíça, em 1877, o pastor luterano Luis Lucien Rochat, percebendo o expressivo número de famílias que enfrentavam a problemática das drogas, iniciou uma série de reuniões – estilo grupos de mútua ajuda – adotando-se abordagens bíblicas e utilizando-se da abstinência como estratégia para vencer a dependência química. Dessas reuniões surgiu o trabalho da Cruz Azul, que posteriormente expandiu-se na Europa e, por consequência, mundo afora” (CAB, 2015).

13. Disponível em: <http://www.fazenda.org.br/institucional/quem_somos.php>.

de voluntários (63%). Nas CTs de maior porte, além de a média de trabalhadores ser maior (chegando a 64 nas unidades com 71-100 vagas), a proporção se inverte e predominam os trabalhadores empregados sobre os voluntários (tabela 1).

Em linha com a primeira hipótese aventada anteriormente, a convergência observada nas formas de atuação e tratamento entre as CTs no Brasil poderia ser explicada pelo desempenho de grupos profissionais já estabelecidos e pela difusão de práticas e concepções por meio da circulação destes entre as CTs. Essa hipótese lança olhares para os trabalhadores que sejam pertencentes a grupos profissionais reconhecidos e organizados – e que, potencialmente, poderiam fazer de seu saber e atuação técnica um veículo de difusão de práticas e concepções terapêuticas nas CTs.

Entre os grupos profissionais atuantes nas CTs brasileiras, psicólogos, assistentes sociais e médicos são os que estão presentes em maior número, com médias de 1,8, 1,3 e 1,1, respectivamente, por CT (tabela 1). No interior desse grupo, apenas os profissionais de psicologia apresentam uma clara maioria de empregados assalariados – já no caso de assistentes sociais e médicos, aproximadamente 50% trabalham como voluntários. A maior presença dos profissionais de psicologia pode estar diretamente associada com a ampla disseminação de métodos terapêuticos, tais como as psicoterapias em grupo e individual (praticadas, respectivamente, em 89% e 85% das CTs no país), uma vez que normalmente caberia a estes profissionais a realização desse tipo de atendimento.¹⁴

A ausência de dados sobre a circulação desses profissionais entre as CTs, no entanto, dificulta o avanço nas avaliações sobre o seu potencial explicativo para a convergência de métodos terapêuticos observados no campo. Além disso, nota-se que as corporações de psicólogos e assistentes sociais, representadas pelos conselhos federais de Psicologia e de Serviço Social, têm expressado preocupações e questionamentos com o trabalho desenvolvido nas CTs como dispositivos de cuidado a usuários de SPAs, chegando a discordar das políticas de financiamento público a essas entidades (CFP, 2011; 2013).

Essas ocorrências são sugestivas de que a atuação desses grupos contribui apenas parcialmente para a explicação da produção da convergência nas abordagens e formas de tratamento nas CTs, pois as próprias corporações demonstram ainda não ter um entendimento claro e protocolos definidos para a atuação dos seus profissionais nesses espaços. O fato de um número considerável de psicólogos estar ocupando postos de trabalho remunerado nas CTs não significa necessariamente que estas estejam se moldando a partir das práticas desses profissionais. Há que se considerar, inversamente, que talvez eles é que estejam adaptando a sua atuação à forma de operação das CTs, por reconhecer nessas um nicho de atividade remunerada.¹⁵

14. Tal como preconizado pela Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que regulamenta a profissão de psicólogo.

15. Embora seja um nicho do mercado de trabalho em crescimento, os relatos dos profissionais da área apontam para as más condições de trabalho, a baixa remuneração e a alta rotatividade no setor.

TABELA 1
Média de trabalhadores empregados e voluntários, por CT, segundo ocupação

Porte da CT (número de vagas)	0-20		21-30		31-50		51-70		71-100		101-300		Total	
	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários
% das CTs	20		29		30		10		6		5		100	
Tipos de trabalhadores	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários	Empre- gados	Volun- tários
Psicólogos	0,8	0,7	1,0	0,7	1,0	0,8	1,3	0,5	1,4	1,1	2,7	1,3	1,1	0,7
Assistentes sociais	0,6	0,9	0,5	0,6	0,9	0,4	0,7	0,4	1,6	0,7	1,1	1,1	0,7	0,6
Médicos	0,3	0,5	0,4	0,7	0,5	0,7	0,6	0,4	0,8	0,8	0,9	0,6	0,5	0,6
Coordenadores	1,0	0,9	1,3	1,3	1,5	1,5	2,0	1,6	1,3	2,6	4,0	2,1	1,5	1,5
Monitores	1,6	1,8	2,5	1,8	2,6	3,0	2,3	4,5	3,4	4,8	9,5	3,2	2,5	2,7
Sacerdotes	0,4	1,7	0,2	1,7	0,1	2,0	1,3	1,7	1,0	2,3	0,1	2,7	0,4	1,9
Média de todos os tipos de trabalhadores por CT ¹	7,4	12,6	8,4	13,4	8,8	14,9	12,8	17,4	45,0	18,9	25,1	17,0	9,9	14,6

Fonte: Ipea (2017).

Nota: ¹ A lista completa dos trabalhadores inclui também pessoal de limpeza, manutenção, cozinha e administrativo; porteiros e seguranças; além de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, professores e educadores sociais. As estimativas para esses tipos de trabalhadores estão disponíveis no relatório da pesquisa (Ipea, 2017).

A segunda hipótese levantada nos lança o olhar para o conjunto dos trabalhadores das CTs, não para os grupos profissionais específicos e já estabelecidos. Nesse caso, caberia especular sobre a emergência de um “novo” grupo ocupacional, o dos trabalhadores especializados na atuação em CTs, como coordenadores, monitores e sacerdotes (tabela 1). Aqui, inclusive, devemos novamente explorar o papel das entidades associativas do campo. Para além de sua função regulatória junto aos seus filiados, essas entidades podem desenvolver atividades para um público mais amplo, as quais são capazes de deflagrar processos de uniformização por meio do compartilhamento de informações e conhecimentos, do desenvolvimento de convenções e da elaboração de uma identidade e uma racionalidade coletivas.

Esse potencial se evidenciou pela análise dos estatutos e documentos publicamente disponíveis sobre as entidades associativas do campo. Por um lado, todas elas declaram ter como atribuição a articulação, organização e promoção de intercâmbios entre os seus membros – por meio de eventos, encontros, reuniões, seminários –, além da disseminação de seus códigos de ética e padrões comuns mínimos de atuação. Por outro, soma-se a essa tarefa, tipicamente voltada ao seu público interno, a função comumente declarada pelas entidades associativas e dirigida ao seu público externo de prover formação e capacitação profissional para coordenadores e monitores que atuam em instituições que adotam o modelo de CT. Tal função adquire relevância porque esses indivíduos, como indicado na tabela 1, constituem o tipo de trabalhador mais abundante nas CTs – seja como voluntários ou assalariados.

A FEBRACT, por exemplo, mesmo sendo a maior federação em termos de filiação, com algo entre 106 e 300 CTs credenciadas,¹⁶ para as quais oferece assistência regulamente, tem como uma de suas principais missões a capacitação de outras CTs. “A FEBRACT iniciou suas atividades numa época em que a grande maioria das CTs atuava sem qualquer respaldo técnico e, muitas vezes, sem um comportamento ético definido.”¹⁷ Assim, tomou como seu objetivo principal, tal como definido no seu estatuto, “a oferta de educação profissional em dependência química e trabalho realizado através do modelo de Comunidade Terapêutica”.¹⁸ Para tal, inaugurou seu Centro de Formação e Treinamento em 1994, o qual já ofereceu cursos de qualificação para profissionais, coordenadores e monitores de

16. Conforme informações presentes no sítio da FEBRACT (disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=filiadas>>), contabilizam-se 106 CTs em quatorze UFs. No entanto, de acordo com o *Manifesto FEBRACT ao Estadão*, publicado em 15 de fevereiro de 2017, seriam trezentas CTs filiadas (disponível em: <<http://www.uniad.org.br/interatividade/noticias/item/24885-manifesto-febract-ao-estadao>>).

17. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=historico>>.

18. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=estatuto>>.

507 CTs no país,¹⁹ tendo atendido alunos de todas as UFs por meio de turmas realizadas em nove diferentes estados.

Além da formação profissional, a FEBRACT orienta as CTs desde a elaboração de seus estatutos até sua organização interna e seu relacionamento com as autoridades e com a comunidade onde estão inseridas, além de promover seminários e palestras para debate de assuntos relacionados ao problema das drogas com representantes de diversas outras instituições. De acordo com o seu coordenador técnico, “ao longo de sua história, [a FEBRACT] já capacitou, por meio de cursos, congressos e seminários, cerca de 20 mil pessoas”.²⁰

De maneira semelhante, a Cruz Azul do Brasil combina assistência e apoio às suas doze CTs filiadas (todas na região Sul, totalizando 532 vagas de acolhimento e 1.598 atendimentos em 2015), com uma atuação mais ampla por meio de capacitação de multiplicadores sociais, publicações e divulgação de material de informação para a construção de políticas públicas de qualificação e ampliação da rede de atendimento. Tal como declarado em seu *Relatório de Atividades 2015*:

a Cruz Azul no Brasil tem por objetivo interferir nos aspectos relevantes das políticas públicas voltadas para a atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, contribuindo para a compreensão do complexo e preocupante fenômeno do consumo de drogas e nas melhores formas de mediação e intervenção (CAB, 2015, p. 2).

A Cruz Azul do Brasil é uma organização cristã, que se revela independente de ligação confessional (denominacional),²¹ cuja finalidade é ajudar dependentes do álcool e de outras drogas. Ela declara como uma de suas principais formas de atuação a oferta de cursos e capacitações, com destaque para curso de monitor em CTs; formação de multiplicadores em grupos de ajuda mútua; técnicas de prevenção; e cursos de pós-graduação e de circulação de informações relevantes via informativos e *website*. Conforme informado no seu *Relatório de Atividades 2015*, a entidade tem mantido uma média, nos últimos três anos, de dezessete cursos ofertados a cada ano. O número de pessoas capacitadas na formação continuada

19. Depoimentos anônimos de alunos egressos dos cursos de formação profissional: “Este curso foi de grande importância e aprendizado, entrei em contato com diversos temas, poucos conhecidos por mim. Ampliou minha visão sobre o tratamento da dependência química como um todo, e principalmente o funcionamento de uma comunidade terapêutica. Posso dizer que levarei muitas coisas novas para a comunidade terapêutica onde trabalho, sempre com o objetivo de aprimorar o serviço prestado. Obrigado”.

“Primeiramente gostaria de agradecer muito o tempo e o carinho dispensados conosco. Estar aqui durante esses dias significou um grande crescimento espiritual e de convivência, mas principalmente crescimento do meu conhecimento sobre dependência química, dos métodos de tratamento e da forma com que nós os aplicamos. Transformou meu modo de enxergar situações e me tornou uma pessoa mais humana”. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=depoimentos&pagina=3>>.

20. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/interatividade/noticias/item/24885-manifesto-febract-ao-estad%C3%A3o>>.

21. Tal como declarado na página da organização, seus “membros professam Jesus Cristo, como seu Senhor, Salvador e Libertador pessoal, e têm como princípio abster-se de bebidas alcoólicas e outras drogas em solidariedade as pessoas dependentes”. “Os trabalhos têm como base a fé no Deus Triúno, conforme o testemunho de toda Sagrada Escritura (Bíblia Judaico-Cristã), aliado ao conhecimento técnico, científico e empírico.” Disponível em: <<http://www.cruzazul.org.br/sobre>>.

quase dobrou de 2013 (676) para 2015 (1.020), maior parte das quais no curso de “monitor em dependência química em comunidade terapêutica” (CAB, 2015).

Cumprir registrar também que as entidades associativas do campo das CTs dispõem de outro recurso crucial para as atividades de formação profissional: um mercado editorial que produz e vende livros e outras publicações voltadas à construção e difusão de conhecimentos para o trabalho em CTs. A Cruz Azul do Brasil, por exemplo, produz uma revista eletrônica semestral – ela e algumas outras entidades possuem lojas virtuais nas quais livros, folhetos, apostilas e outros produtos são comercializados diretamente, constituindo um polo de difusão de conhecimento para a atuação profissional em CTs.

Finalmente, e para além das atividades de capacitação e formação profissional oferecidas pelas entidades, a constituição de um grupo ocupacional específico ao campo das CTs requer outro elemento: a construção de uma identidade ocupacional própria. Esta, por sua vez, dá-se em meio a disputas, tensões e embates com grupos profissionais potencialmente rivais e/ou externos ao campo das CTs.

Como a expansão das CTs, nas últimas décadas, ocorreu em concomitância às tentativas de consolidação das conquistas alcançadas pela reforma psiquiátrica na rede de atenção pública à saúde, o grupo externo e rival às CTs pode ser entendido como aquele constituído pelos profissionais da área de saúde atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos seus equipamentos e serviços de saúde mental. Embora trabalhem com o mesmo público – pessoas que fazem uso problemático de SPAs –, esses diferentes grupos se contrapõem em relação a suas abordagens e seus métodos terapêuticos.

Nesse sentido, tal como antecipado por Machado (2011), o grupo ocupacional dos trabalhadores das CTs enxerga na resistência e nas críticas aos seus métodos, proferidas pelos profissionais do SUS, um reforço à necessidade de maior articulação e coesão interna.²² Assim, a percepção de uma ameaça externa se torna um elemento central para a construção e o reforço da identidade ocupacional dos trabalhadores de CTs.

Essa dinâmica é bem ilustrada pela observação de Machado (2011) em um evento, ocorrido em 2008, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) da região metropolitana de Salvador, envolvendo profissionais de área da saúde e dirigentes e trabalhadores de CTs.

Os discursos dos profissionais de saúde convergiam para uma forte resistência ao trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas. Seus dirigentes eram

22. A título de ilustração, em maio de 2017, o pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou uma recomendação ao Ministério da Saúde (MS) no sentido da revogação da Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, tendo em vista que as CTs não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde, visto não atenderem aos critérios exigidos pela Lei nº 10.216/2001, reconhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

questionados sobre os métodos e funcionamento da intervenção no consumo abusivo de SPAs, a partir de parâmetros próprios, que legitimavam a prática dos profissionais de saúde. O debate esteve centrado nas seguintes questões: 1) Por que as comunidades terapêuticas enfatizam e generalizam a internação de usuários? 2) Como seria possível atender a esse público específico sem o apoio de uma equipe tecnicamente qualificada? 3) Seriam as comunidades terapêuticas eficazes? Existiriam estudos comprovando resultados de eficácia?

Após esse debate, na primeira oportunidade em que estive com o pastor Isaías [dirigente da CT estudada], indaguei-o sobre a relação da comunidade terapêutica com a rede de atenção a usuários de SPAs. Embora seja contrário aos modelos de atenção distintos do que propõe, Isaías apresentou em seu discurso a preferência por manter publicamente um clima pacífico com profissionais de saúde, a fim de evitar tornar a comunidade terapêutica alvo de críticas: “Eu não julgo o trabalho de ninguém porque eu também não gostaria que meu trabalho fosse julgado, mas existem trabalhos importantes. Tem muita gente morrendo aí, muita gente que poderia ter uma oportunidade, nós buscamos um tratamento qualificado. Não só a gente, mas tem muita gente aí fazendo um trabalho bom. Mas a maioria não faz um trabalho qualificado por falta de apoio” (pastor Isaías).

Além disso, informou que prefere se articular com outras comunidades terapêuticas, visto que não acredita no trabalho desenvolvido pela rede pública de saúde. Relatou, inclusive, que essa articulação é fundamental para ocupar um espaço relegado pelo Estado.

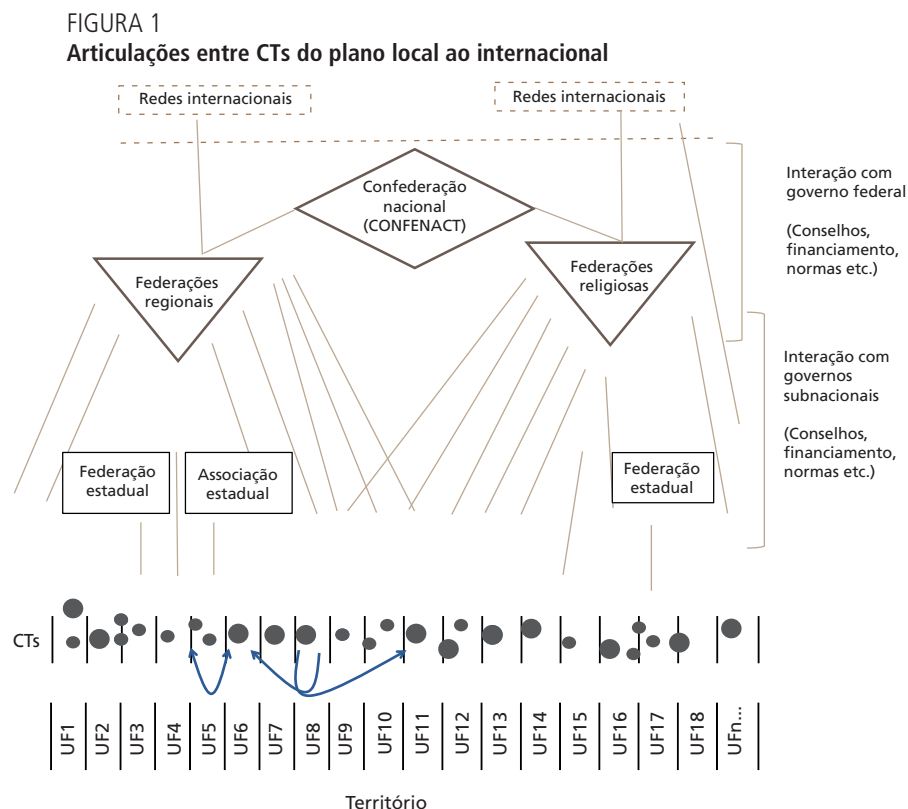
Entrevistei também o senhor Pedro, diretor da comunidade terapêutica estudada, que assume algumas atividades extra-institucionais, participando de eventos que objetivam sua divulgação. Ele demonstrou certo incômodo com as críticas tecidas à comunidade terapêutica e devolveu essas críticas ao trazer à tona a fragilidade da rede pública e a precariedade dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde – que também haviam sido pauta do debate: “A gente trabalha aqui com amor. Não fica que nem eles [profissionais de saúde] reclamando que o governo não manda dinheiro, que não tem remédio, que não tem isso, não tem aquilo. Eles trabalham pelo dinheiro, não ganham direito e é por isso que ficam reclamando o tempo todo. Deus colocou a gente aqui com essa missão e a gente se agarra nele pra fazer esse trabalho. A gente sabe que ele não vai deixar faltar nada pra gente, e é por isso que a gente encontra força. Porque não é fácil, não. Mas ele me ajudou também. Eu vim aqui me tratar, eu não tinha nada, vivia na rua. Não visitava minha mãe, minha família, só queria saber de usar [drogas]. Daí eu encontrei esse caminho e agora estou aqui, trabalhando. Isso é porque eu tenho fé em Deus e acredito nesse caminho que ele me colocou. É por isso que nosso trabalho é sério, se não fosse por isso não tava crescendo pelo Brasil. A gente não trabalha por dinheiro, é isso que é o diferencial, a gente trabalha é por amor, pra ajudar as pessoas, porque a gente já passou pelo que elas tão passando, a gente sabe o que é isso” (senhor Pedro) (Machado, 2011, p. 64-65).

Se, por um lado, a atuação de grupos profissionais já estabelecidos parece explicar pouco as convergências observadas na operação das CTs brasileiras, por outro, verificam-se esforços intensivos no sentido de formação de um grupo

profissional próprio ao campo das CTs. Boa parte desses esforços é liderada pelas entidades associativas, por meio da oferta de capacitação em escala ampliada e da difusão e circulação de materiais (livros, apostilas etc.) voltados ao trabalho nas CTs, a partir de um mercado editorial próprio. Esses esforços de capacitação se somam às tensões e disputas entre trabalhadores de CTs e profissionais do SUS, as quais contribuem para o fortalecimento da identidade e coesão do primeiro grupo.

3.4 As implicações da operação do campo organizacional

É possível pensarmos, então, o campo organizacional das CTs no Brasil como um complexo emaranhado institucional, tal como ilustrado pela figura 1. O campo reúne as próprias CTs, distribuídas no território nacional, em cada uma de suas UFs, nas quais ocorrem interações cotidianas entre usuários, suas famílias, profissionais, trabalhadores e voluntários das CTs, demais serviços e instituições locais, além das instituições religiosas.



Elaboração do autor.

Obs.: Território – usuários, famílias, profissionais, trabalhadores, voluntários e demais serviços e instituições locais e religiosas.

Para além de um potencial de dispersão e fragmentação entre essas unidades locais, o campo organizacional das CTs começa a ser percebido pelas relações que se estabelecem entre seus membros, pela diversidade e densidade dessas relações e pelos efeitos delas em termos de indução da convergência nas suas formas de atuação (isomorfismo). Nas subseções anteriores, para além da constatação de um forte – e inesperado – alinhamento entre as diferentes CTs brasileiras, quanto aos seus métodos e recursos terapêuticos, explorou-se um conjunto de hipóteses (com maiores ou menores potenciais explicativos) que chamaram atenção para:

- a propensão à imitação e reprodução de práticas entre unidades menos e mais experientes, dada a elevada incerteza entre meios (tratamentos) e fins (cura) que caracteriza o campo, perceptível nas interações e relacionamentos entre CTs;
- o papel central das entidades associativas (federações, associações e confederação), articuladoras desde o plano local ao internacional, tanto na indução de condutas junto às suas CTs filiadas quanto na formação profissional e na construção de uma racionalidade coletiva no campo como um todo; e
- a emergência de um grupo ocupacional e identitário diferenciado de outros grupos profissionais externos ao campo.

Esses processos constitutivos do campo e explicativos das convergências observadas produzem diversos efeitos sobre seus membros, com repercussões importantes para dentro e fora do espaço. Um desses efeitos diz respeito a uma ampliada capacidade de articulação e representação institucional dos interesses das CTs junto a órgãos públicos (municipais, estaduais ou federais) e privados, culminando na efetivação das pautas de interesse desse coletivo. Nos níveis local e estadual, essa capacidade se expressa por meio das interlocuções entre as federações e os governos subnacionais e o setor privado. Uma de suas maiores expressões, porém, é a unidade nacional conquistada pelo movimento por meio da CONFENACT.

Desde a sua criação, a confederação já conseguiu realizar audiências e reuniões com diversas autoridades do governo central: secretários da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad/MJ), ministros da Justiça, Casa Civil e Saúde, deputados e senadores, além da então presidente Dilma Rousseff e dos candidatos à presidência na eleição de 2014. Ademais, ela vem obtendo assento e participando como membro titular de diferentes órgãos colegiados, como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad); o Comitê Consultivo do Departamento do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (DCEBAS), do MS, que discute propostas e normas para a obtenção de tal certificado; e o Comitê de Trabalho na Saúde Mental, ligado à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do MS (CGMAD/MS). Junto a isso, a

CONFENACT tem tido papel importante também na criação e em reedições da frente parlamentar em defesa do trabalho das CTs.

Essas articulações e sua presença em espaços institucionais de decisão têm rendido frutos para a confederação e seus membros. Entre eles, destacam-se, em ordem cronológica:

- alteração da legislação que regulamenta as CTs, vindo mais ao encontro das necessidades e realidade do segmento, com a edição da RDC nº 29/2011, da Anvisa;
- edição da Norma Técnica nº 55/2011, da Anvisa, detalhando a modalidade de CTs na RDC nº 29/2011;
- editais do MS para vagas de acolhimento (Portaria nº 131/2012) e projetos reinserção social;
- conveniamento de vagas pelo governo federal, por meio da Senad, no âmbito do programa Crack: É Possível Vencer;
- aprovação do Projeto de Lei nº 7.663/2010, na Câmara dos Deputados, o qual inclui as CTs na Lei Nacional sobre Drogas (Lei nº 11.343/2006) e ainda aguarda aprovação no Senado;
- edição da Lei nº 12.868/2013, que prevê uma certificação específica para as CTs para a obtenção do CEBAS;
- aprovação, em 2015, de Resolução Conad, entendida como o marco regulatório das CTs, sendo a primeira legislação federal que regulamenta (tipifica) a modalidade de atendimento de CT – posteriormente suspensa em 2016, via ação judicial do Ministério Público Federal;²³ e
- Portaria nº 1.482/2016 – criação do Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 083 para a inscrição das CTs e outras entidades de promoção na saúde nas secretarias municipais de saúde.

Por meio da organização de um emaranhado de relações (figura 1), um conjunto de aproximadamente 2 mil CTs, de iniciativa da sociedade civil, dispersas em todo o território nacional e alinhadas a diferentes orientações religiosas e não religiosas, tem sido capaz de interferir na formulação de políticas nacionais, de alterar atos normativos diversos e de obter financiamento público nas três esferas de governo. Se antes não passavam de um conjunto de comunidades “escondidas” nas imediações rurais de centros urbanos e pouco conhecidas por um público mais amplo, atualmente essas CTs apresentam-se como um ator-chave que vem

23. Ver capítulo 9 deste livro.

influenciando diretamente os rumos da política nacional e se sobrepondo a outros atores e esforços já institucionalizados na área da saúde mental.

4 DIVERGÊNCIAS E CLIVAGENS EMERGENTES

Como observado na seção anterior, o traço mais notório de uma análise do campo organizacional das CTs no Brasil, atualmente, é a convergência em relação a suas formas de atuação e abordagens terapêuticas. Como examinado, os processos constitutivos dessas convergências nos auxiliam a compreender também os potenciais de influência dos agentes do campo sobre a política.

O avanço dos debates na literatura, no entanto, vem evidenciando a necessidade de ir além da análise de processos de homogeneização de populações organizacionais e suas repercussões. Uma segunda geração dos estudos sobre campos organizacionais vem criticar visões excessivamente socializadoras e recuperar elementos relativos à agência e à mudança nesses campos. Para além de ambiente de pressões isomórficas, os campos organizacionais passaram a ser concebidos como locais de contestação ou de disputa e conflito (Bourdieu e Wacquant, 1992; Fligstein e McAdam, 2012), dentro dos quais os atores se reposicionam constantemente, a partir dos diferentes recursos e habilidades sociais que são capazes de produzir ou mobilizar. Essa linha abre a possibilidade de exploração de campos organizacionais como locais que envolvem múltiplas lógicas e formas de produção de sentido e ação entre seus membros, com potenciais repercussões em termos de mudança institucional.

O estudo de Valderrutén (2008), por exemplo, sobre a etnografia de oito CTs na Colômbia, aponta para possibilidades de variação interna para além das aparentes convergências quanto a métodos terapêuticos, uma vez que se aprofunda nas relações entre CTs e seus “internos”. A autora observou que a diversidade entre as CTs poderia ser descrita em termos da:

emergencia y convivencia de “racionalidades específicas” (Rabinow, 1996), que expresan la coexistencia – generalmente contradictoria y/o conflictiva—de visiones de mundo diferentes, de discursos y prácticas distintas, en este caso, de aquellas concernientes a la relación adicción-rehabilitación (...) el proyecto de “rehabilitación” toma diversos caminos ideológicos para instituir otros modelos de identidad individual. Aparecen, de acuerdo al panorama general de las comunidades terapéuticas estudiadas, tres variaciones de modelos identitarios o tres orientaciones de construcción de sujetos sociales, fundados a su vez sobre dos ejes: el primero de ellos se asocia a la “teoterapia”, inscrita en concepciones cristianas de vida social y comportamiento humano; el segundo, que será llamado en este trabajo de “laicoterapia”, inscrita en la lógica de los modernos “sistemas especialistas” (Giddens, 1995, p. 142).

En tanto tecnologías – en este caso las asociadas a las psicoterapias como la psicología, el psicoanálisis – que median la autorreflexión y autoorganización de las narrativas personales de los individuos. Cada eje desdobra metanarrativas, portadoras de valores

absolutos que manifestan visiones del mundo y concepciones para determinar identidades individuales. Serían tres modelos de sujetos sociales vehementes en la búsqueda de una transformación de un “antisujeto”, por la vía de una instauración de valores esenciales (Valderrutén, 2008, p. 81-83).

Assim, ao se aprofundar nas relações entre as CTs e seus internos, a autora foi capaz de perceber diferenciações entre as CTs estudadas no que se refere a valores essenciais a serem instaurados mediante três modelos de subjetivação: o cristão, o cristão pentecostal e o laico, cada qual operando a partir de uma concepção específica de antissujeito – o antissujeito infernal, o antissujeito moral e o antissujeito disfuncional (Valderrutén, 2008). Nesse sentido, nota-se que um eixo profícuo para a identificação de diferenciações relevantes entre as CTs diz respeito às relações, práticas cotidianas e representações que se estabelecem no interior delas – nas interações entre elas, tomadas como “instituição”, e os seus sujeitos internos.

A noção de campo organizacional, a qual tem servido de guia nesta análise, inspira-nos, porém, a explorar vetores de potencial diferenciação localizados em outro plano: nas relações, práticas cotidianas e representações que se estabelecem entre os diferentes atores do campo das CTs.

Nessa perspectiva, ganham centralidade as interações rotineiras entre as CTs e aqueles outros atores envolvidos em atividades essenciais ao seu funcionamento. Isto é, nessa linha, as relações externas (CTs e outras organizações) ganham destaque sobre as relações internas (CTs e seus membros). Os dados produzidos pela pesquisa do Ipea (2017) nos permitem avaliar as interações cotidianas relacionadas: *i*) ao encaminhamento dos pacientes para as CTs; *ii*) à cooperação entre as CTs e outras instituições para o desenvolvimento dos serviços prestados, e *iii*) ao financiamento das CTs – atividades centrais ao funcionamento que demandam interações cotidianas com outras organizações do campo. O quadro 1 especifica as variáveis disponíveis e como foram organizadas para a análise.

A partir da identificação dessas variáveis, procedeu-se a uma análise de correspondência múltipla,²⁴ com o propósito de identificar possíveis padrões de relação entre as CTs e os atores ao seu redor no desempenho de atividades cruciais. Guiando-se pelas hipóteses da literatura sobre campo organizacional, o objetivo aqui é verificar se existem determinados agrupamentos de interações entre atores e

24. A análise de correspondência é uma técnica estatística multivariada que se aplica a dados categóricos. Seu principal objetivo é estudar a associação entre variáveis categóricas, agrupando-as conforme suas similaridades. A técnica se baseia em uma análise qui-quadrado de associação em uma tabela de contingência, a partir da qual se obtêm as coordenadas das linhas e as das colunas desta tabela, as quais são colocadas em um gráfico chamado de gráfico de correspondência. Para analisar um gráfico de correspondência, é necessário observar as proximidades entre os níveis de uma variável em relação aos níveis de outra variável (as quais podem ser interpretadas como associações), considerando-se a distribuição dos pontos em relação aos eixos/dimensões e suas respectivas capacidades de explicação da variância total e de inércias (Greenacre, 1993; Jobson, 1996).

atividades que nos permitam especular sobre vetores de diferenciação e divergência no campo das CTs no Brasil.

QUADRO 1
Variáveis da análise

Tipo de interação	Objeto da interação	Variável	Categorias
Encaminhamento (Enc) "Como o usuário chega à CT?"	Por conta própria	EncCP	A = nunca B = pouco frequente C = muito frequente
	Família	EncF	
	Amigos	EncA	
	Instituição religiosa	EncIR	
	Serviços de saúde em geral	EncSSg	
	CAPS	EncCAPS	
	CAPSad	EncCAPSad	
	CRAS	EncCRAS	
CREAS	EncCREAS		
Cooperação (Coo) "Com quais instituições a CT coopera no desenvolvimento dos serviços?"	Posto de saúde	CooPS	A = nunca B = pouco frequente C = muito frequente
	Hospital público	CooHP	
	CAPS	CooCAPS	
	CAPSad	CooCAPSad	
	CRAS	CooCRAS	
	CREAS	CooCREAS	
	Instituição religiosa	CooIR	
Escolas e cursos	CooEC		
Financiamento (Fin) "Como as CTs são financiadas?"	Governo federal	FinGF	N = Não S = Sim
	Governo estadual	FinGE	
	Governo municipal	FinGM	
	Produção e venda de produtos	FinPV	
	Pagamento de acolhidos	FinPA	

Elaboração do autor.

Obs.: CRAS – Centro de Referência de Assistência Social; CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

Os resultados da análise de correspondência múltipla encontram-se representados na figura 2. Os coeficientes produzidos indicam que as variáveis relativas a cooperação e encaminhamento (especialmente as categorias envolvendo CRAS, CREAS, CAPS e CAPSad) devem guiar a nossa interpretação da figura 2, na qual se percebe a distribuição das categorias das variáveis em um plano cartesiano em que os pontos representam os casos de CTs. O formato em Y do gráfico nos leva às interpretações a seguir.

- 1) As categorias de variáveis localizadas próximas ao centro (interseção dos eixos) são aquelas que contribuem pouco no sentido da diferenciação dos casos. Assim, todas as categorias associadas à variável financiamento

e às variáveis ligadas ao encaminhamento pela família, pelos amigos e por conta própria – além do encaminhamento muito frequente por instituições religiosas, entre outras que ocupam esse espaço central – não podem ser pensadas como possíveis vetores de diferenciação. Esses elementos se prestam mais a caracterizar a convergência que a divergência entre os casos.

- 2) A partir desse agrupamento central de categorias, a análise passa a se concentrar nos extremos da distribuição dos pontos na figura 2, o que nos permite observar três situações distintas:
 - a) uma representada pelo quadrante superior esquerdo, no qual concentram-se as CTs que recebem encaminhamentos e cooperam com “muita frequência” (C) com os equipamentos e serviços dos sistemas públicos de saúde e assistência social, como CRAS, CREAS, CAPS, CAPSad e serviços de saúde em geral;
 - b) situação oposta é representada pelo quadrante superior direito, no qual se concentram as CTs que declararam “nunca” (A) interagir com agentes dos serviços públicos de saúde e assistência social no encaminhamento e na cooperação; e
 - c) no extremo inferior do gráfico, ao centro, localizam-se as CTs que declararam relações “pouco frequentes” (B) com CRAS, CREAS, CAPS, CAPSad e outros serviços de saúde.

Em suma, os resultados da análise de correspondência sugerem que há um potencial vetor de diferenciação, no interior do campo das CTs brasileiras, que diz respeito à intensidade das relações com equipamentos e serviços dos sistemas públicos de saúde e assistência social. Para um grupo de CTs, essas interações são cotidianas e muito frequentes. Já para outro grupo, elas nunca acontecem – o que pode ocorrer devido a uma decisão deliberada da CT ou também em razão da mera inexistência desses equipamentos e serviços nos territórios das primeiras.

Especula-se, a partir desse achado, que CTs que possuem interações muito frequentes com serviços públicos podem vir a constituir um subgrupo, cujas práticas, concepções e serviços prestados a usuários de SPAs podem se diferenciar de outras CTs. O cotidiano destas últimas é caracterizado pela ausência dessas interações, no sentido de uma maior aproximação às diretrizes, aos valores e às concepções que orientam os serviços públicos de saúde e assistência social.

Dessa maneira, é possível vislumbrar CTs que atuam em circuitos distintos de relações para a recepção de usuários e para o desenvolvimento dos tratamentos. Além disso, como a noção de campo organizacional prevê um papel conformador às relações cotidianas para as organizações atuantes em um campo, esses circuitos se apresentam como elementos indutores de possíveis diferenciações e clivagens no

pessoas que vieram a se tornar lideranças no campo (Machado, 2011; Ipea, 2017). Em 2012, observamos a criação da CONFENACT como conclave, resultante da decisão das diferentes lideranças do campo de juntar forças em torno de um movimento nacional unificado. Recentemente, entretanto, sinais da fragilidade dessa confluência e de disputas pela liderança do campo entre os seus distintos empreendedores se tornaram visíveis.

De acordo com anúncio da CONFENACT, em janeiro de 2017, a FEBRACT pediu, de forma unilateral, sua desfiliação da confederação, prejudicando a unidade do movimento nacional existente até então.²⁵ Embora seja cedo para interpretações sobre as implicações desse fato para as dinâmicas do campo das CTs, a ruptura demonstra a ampliação da contestação e do conflito entre lideranças e segmentos do campo, podendo levar a divisões internas ou polarizações a partir da atuação desses empreendedores institucionais.

Um possível exemplo desse tipo de dinâmica já pôde ser observado em pronunciamento da FEBRACT, em maio de 2017, no qual se menciona uma “indiscriminada proliferação” de locais que se “autodenominam CTs” no período recente no país e que não estariam alinhados com “o modelo das verdadeiras CTs” – aquele que, segundo a entidade, seria o difundido entre as instituições a ela filiadas.²⁶ Assim, divergências emergentes poderiam levar a realinhamentos de lideranças e proposições de reforma e diferenciação das formas de trabalho e atuação, ampliando a diversidade interna ao campo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta reflexão tomou como ponto de partida o questionamento sobre a emergência de um campo organizacional das CTs no Brasil e se interessou em compreender suas dinâmicas internas, externas e seu processo de constituição como um ator coletivo. Ao longo das últimas décadas, milhares de organizações espalhadas pelo território brasileiro passaram a se denominar e a se reconhecer como CT por meio da convergência dos discursos sobre suas finalidades, metodologias terapêuticas e formas de atuação, promovendo identidade coletiva e coesão.

A percepção desse processo se tornou mais clara a partir dos dados produzidos pela pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017). A utilização de uma amostra representativa da população de CTs no país abriu a possibilidade de acesso aos elementos que constituem o discurso coletivo das CTs sobre si mesmas, enfatizando padrões, recorrências e convergências entre as distintas organizações envolvidas. A partir dessa oportunidade propiciada pelo *survey* junto às CTs no

25. Disponível em: <<http://www.confenact.org.br/?p=562>>.

26. Disponível em: <<https://febract.org.br/portal/pronunciamento-sobre-a-nota-tecnica-do-ipea/>>.

Brasil, o esforço empreendido se prestou a um “voo panorâmico”. Ao mesmo tempo que se distanciou de uma análise mais aprofundada dos atores, práticas e significados que dão vida, concretude cotidiana e especificidades a uma CT, este estudo buscou oferecer uma visão de conjunto das forças e dos processos que operam entre as CTs, e entre elas e os demais atores e organizações com os quais interagem. Dessa maneira, complementaram-se os estudos de caso aprofundados já existentes e ampliou-se a nossa compreensão sobre o mundo das CTs como um campo organizacional.

Nesse sentido, a investigação apontou como principais processos operadores da convergência e da coesão no interior do campo: *i*) a propensão à imitação e reprodução de práticas derivada da elevada incerteza entre meios (tratamentos) e fins (cura) e o modelo de expansão baseado no desmembramento e abertura de filiais; *ii*) o papel central das entidades associativas na indução de condutas junto às suas CTs filiadas e nos esforços de formação profissional; e *iii*) a emergência de um grupo ocupacional e identitário diferenciado de outros grupos profissionais externos ao campo.

Se isoladamente nenhum desses processos explicaria de forma satisfatória a convergência e a coesão observadas, enquanto conjunto, em contrapartida, eles contribuem claramente para o adensamento organizacional e identitário do campo das CTs no país.

Dada a expressiva coesão e crescente movimentação das CTs e suas entidades representativas no cenário nacional, indagou-se, também, sobre as possíveis implicações da operação desse campo para as políticas públicas de drogas e saúde mental no país. Revelou-se, então, a percepção do campo organizacional das CTs no Brasil como um complexo institucional de grandes proporções, marcado duplamente por empreendimentos de natureza econômica e política.²⁷ No plano econômico, percebeu-se a movimentação de atores e organizações do campo no sentido da paulatina expansão do número de CTs, por meio da abertura de filiais e organização de grupos e redes. Isto aponta para uma potencial rentabilidade e sustentação financeira dos empreendimentos que operam com a venda de serviços, como cobrança de pagamentos sobre usuários e suas famílias; a comercialização de produtos, a exemplo de artefatos produzidos pelos “internos”; e para a necessidade de captação de recursos em outras fontes, principalmente no caso dos empreendimentos que não operam com venda de serviços e produtos.

Além disso, percebeu-se um conjunto de atividades produtivas que se estabelecem no entorno das CTs e que têm dado sustentação a nichos de mercado especializados: um mercado de trabalho ativo e de relevância para certos grupos profissionais, como psicólogos e assistentes sociais, e ocupações emergentes, como

27. Alguns autores, como Machado (2011), argumentam que as CTs resumiam um empreendimento de natureza não só econômica e política como também moral. No entanto, dado que a dimensão moral não foi devidamente trabalhada nesta análise, concentram-se aqui apenas nas evidências relativas às dimensões econômica e política.

coordenadores e monitores de CTs. Além disso, há a criação de um mercado de capacitação profissional, com volume não desprezível de comercialização de vagas em cursos de formação; e um mercado editorial, envolvendo a produção e distribuição comercial de materiais de apoio e formação para trabalhadores de CTs.²⁸

No plano do empreendimento político, destacaram-se as articulações presentes no campo, compreendendo desde as CTs locais, distribuídas em todo o território nacional, até entidades associativas em nível estadual, regional, nacional e internacional. O grau de organização e a amplitude dessas articulações nos permitem falar de um “sistema” emergente – mas não muito diferente, em termos de escala e abrangência – de outros arranjos institucionais que dão suporte: *i*) à atuação de grupos de interesses tradicionais, por exemplo, sindicatos e confederações patronais e de trabalhadores; ou *ii*) à implementação de políticas nacionais, como sistemas nacionais de gestão de políticas. Isto ocorre porque esses arranjos combinam a penetração e a capilaridade no território (horizontalidade) com a agregação federativa e ascendente de interesses e preferências (verticalidade).

Ressalta-se, ainda, que, diferentemente de sistemas de políticas públicas, como o SUS ou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o campo das CTs dispõe de articulações em nível internacional, conectando-se com organizações semelhantes em diversos países e entidades supranacionais. Essa impressionante edificação institucional (figura 1) tem dotado o campo das CTs de capacidades de mobilização e influência na representação de seus interesses junto ao poder público nos três níveis da federação e a atores privados, permitindo o avanço expressivo de suas pautas e a efetiva interferência desse grupo na produção de políticas nacionais.

Vale notar que essas capacidades de articulação e intervenção foram desenvolvidas, em grande parte, em contexto marcado pela tensão e disputa de espaço político entre representantes da abordagem das CTs e outros atores políticos, sociais e burocráticos na definição das políticas nacionais nas áreas de drogas e saúde mental.

No atual contexto político – em que o equilíbrio entre os polos da disputa parece se enfraquecer e uma maior abertura político-institucional às CTs parece se configurar no governo federal –, alerta-se para o fato de que o campo das CTs encontrará terreno fértil para crescer ainda mais, exercitando seus mecanismos de articulação e influenciando de forma ainda mais decisiva as políticas nacionais de drogas e saúde mental.

A não ser que as clivagens internas já emergentes imponham dificuldades ainda não conhecidas e comprometam ou complexifiquem a organização e atuação do campo das CTs, são temerárias as tendências de fortalecimento

28. A título de exemplo, em seu *Relatório de Atividades 2015*, a Cruz Azul do Brasil aponta que sua receita bruta teria mais do que dobrado entre 2014 e 2015, com destaque para o aumento de contribuições e doações, além de isenções tributárias, subvenções públicas e receitas com serviços (cursos de formação, livros, internações etc.).

e possível hegemonização das formas de atenção e cuidado a pessoas que fazem uso problemático de drogas associadas ao campo das CTs.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Invitation to Reflexive Sociology**. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

CAB – CRUZ AZUL DO BRASIL. **Relatório de atividades 2015**. Blumenau, Santa Catarina: CAB, 2015. Disponível em: <<http://www.cruzazul.org.br/informativo/24/relatorio-de-atividades-2015>>.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

_____. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013.

DIMAGGIO, P. Interest and agency in institutional theory. *In*: ZUCKER, L. (Org.) **Institutional patterns and organizations**. Cambridge, United States: Ballinger, 1988. p. 3-21.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, v. 48, p. 147-160, 1983.

_____. Introduction. *In*: DIMAGGIO, P.; POWELL, W. (Org.). **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p. 1-40.

FLIGSTEIN, N.; MCADAM, D. **A theory of fields**. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2012.

FRIEDLAND, R.; ALFORD, R. Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. *In*: DIMAGGIO, P.; POWELL, W. (Org.). **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p. 232-263.

GREENACRE, M. J. **Theory and applications of correspondence analysis**. London: Academic Press, 1993.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, mar. 2017. (Nota Técnica, n. 21).

JOBSON, J. D. **Applied multivariate data analysis**. New York: Springer Verlag, 1996.

LAWRENCE, T.; SUDDABY, R. Institutions and institutional work. *In*: CLEGG, R. S. *et al.* (Org.). **The SAGE handbook of organization studies**. Thousand Oaks, United States: SAGE Publications, 2006. p. 215-254.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 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. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>>.

MEYER, J.; ROWAN, B. Institutional organizations: formal structure as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, v. 83, p. 340-363, 1977.

SCOTT, R. W. **Institutions and organizations**. Thousand Oaks, United States: Sage, 1995.

SIMON, H.; MARCH, J. **Organizations**. New York: John Wiley & Sons, 1958.

THORNTON, P.; OCASIO, W. Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: executive succession in the higher education publishing industry, 1958-1990. **American Journal of Sociology**, v. 105, n. 3, p. 801-843, 1999.

_____. Institutional logics. *In*: GREENWOOD, R. *et al.* (Org.). **The sage handbook of organizational institutionalism**. London: SAGE Publications, 2008. p. 99-128.

VALDERRUTÉN, M. C. C. Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. Comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicología & Sociedad**, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008.