

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

TEMAS PARA REFLEXÃO



ORGANIZADORA
Maria Paula Gomes dos Santos



COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

TEMAS PARA REFLEXÃO



ORGANIZADORA
Maria Paula Gomes dos Santos



Governo Federal

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

Ministro Esteves Pedro Colnago Junior

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Rogério Boueri Miranda

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Constantino Cronemberger Mendes

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

Fabiano Mezadre Pompermayer

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Mylena Pinheiro Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

TEMAS PARA REFLEXÃO



ORGANIZADORA
Maria Paula Gomes dos Santos



Rio de Janeiro, 2018

Comunidades terapêuticas : temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro : IPEA, 2018.

247 p. : il., gráfs..

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7811-345-2

1. Problemas Sociais. 2. Políticas Públicas. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substância. 4. Centros de Tratamento de Abuso de Substância. 5. Cocaína. 6. Comunidade Terapêutica. I. Santos, Maria Paula Gomes dos. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.29

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva – CRB-7/6844.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
---------------------------	----------

INTRODUÇÃO	9
-------------------------	----------

Maria Paula Gomes dos Santos

CAPÍTULO 1

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A DISPUTA SOBRE MODELOS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL	17
---	-----------

Maria Paula Gomes dos Santos

CAPÍTULO 2

ISOLAMENTO, DISCIPLINA E DESTINO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	37
--	-----------

Marco Antônio Carvalho Natalino

CAPÍTULO 3

TEMPO E SUBJETIVAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	61
---	-----------

Letícia Canonico de Souza

Matheus Caracho Nunes

Maria Paula Gomes dos Santos

CAPÍTULO 4

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A TRANSFORMAÇÃO MORAL DOS INDIVÍDUOS: ENTRE O RELIGIOSO-ESPIRITUAL E O TÉCNICO-CIENTÍFICO	77
---	-----------

Jardel Fischer Loeck

CAPÍTULO 5

SEXUALIDADE E RELAÇÕES DE GÊNERO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: NOTAS A PARTIR DE DADOS EMPÍRICOS	101
---	------------

Nayara Lemos Villar

Maria Paula Gomes dos Santos

CAPÍTULO 6

O CUIDADO DAS MULHERES NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	121
--	------------

Rosa Virgínia Melo

CAPÍTULO 7

UM CAMPO ORGANIZACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL? DOS PROCESSOS DE CONVERGÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES ÀS CLIVAGENS EMERGENTES 133

Roberto Rocha Coelho Pires

CAPÍTULO 8

FRENTE PARLAMENTAR EM DEFESA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS 167

Marcello Doudement

Vínnie Nasser Mesquita da Conceição

CAPÍTULO 9

INTERNAÇÕES FORÇADAS DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS: CONTROVÉRSIAS JURÍDICAS E INSTITUCIONAIS..... 187

Luciana Barbosa Musse

CAPÍTULO 10

EFEITOS DA NOVA REGULAÇÃO URUGUAIA SOBRE A *CANNABIS* NA FRONTEIRA COM O BRASIL: OBSERVAÇÃO SOBRE OS SISTEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA 229

Olívia Alves Gomes Pessoa

Alexandre dos Santos Cunha

NOTAS BIOGRÁFICAS 245

APRESENTAÇÃO

Este livro reúne textos elaborados a partir de pesquisa realizada pelo Ipea, por solicitação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça (MJ). Em seus mais de cinquenta anos de existência, o Ipea tem construído uma tradição de intensiva cooperação com os órgãos executivos da administração federal, realizando estudos e pesquisas destinados a apoiar a formulação e avaliação de políticas públicas.

A pesquisa que deu origem a este volume teve início em 2015 e objetivou traçar um perfil das comunidades terapêuticas (CTs) – instituições privadas que compõem a oferta pública de cuidados a usuários de drogas –, tendo em vista subsidiar ações da Senad e identificar os desafios das políticas públicas nesse campo.

Esta tarefa foi atribuída à Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest), em que se realizam pesquisas sobre estrutura, organização e funcionamento do Estado brasileiro e de seus arranjos institucionais; bem como sobre as relações entre Estado, mercado e sociedade. Contando com uma área de estudos sobre políticas e instituições dos sistemas de justiça, segurança pública e direitos humanos, a Diest vem desenvolvendo, nos últimos anos, dentro dessa área, uma linha de pesquisa sobre políticas de drogas. A pesquisa sobre as CTs é um dos projetos realizados nesse âmbito.

Por força da Lei nº 11.343/2006 – a chamada Lei de Drogas –, as CTs passaram a integrar oficialmente a rede pública de atenção e cuidado a usuários de drogas, e tornaram-se elegíveis ao financiamento público. Embora estados e municípios já financiassem essas instituições há algum tempo, o financiamento federal teve início em 2011, por determinação do plano Crack, É Possível Vencer.¹ Os recursos para essa despesa são oriundos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e são repassados pela Senad/MJ.

Cabe ressaltar desde já que, embora encomendada pela Senad, esta pesquisa não teve caráter fiscalizatório e não visou avaliar o cumprimento ou descumprimento de

1. Decretos nºs 7.179/2010 e 7.637/2011.

quaisquer normas impostas a essas instituições pelo Estado brasileiro.² Do mesmo modo, a pesquisa não pretendeu avaliar as ações implementadas pelas CTs, seja em termos de sua qualidade, de sua eficácia ou de quaisquer outros critérios. Ainda que avaliações desse tipo sejam necessárias, elas demandam metodologias e técnicas de pesquisa diversas das que aqui foram empregadas. O que se objetivou com o trabalho em tela foi conhecer a magnitude desse universo e suas características no Brasil: sua distribuição no território nacional, sua capacidade instalada, seus recursos técnicos, humanos e financeiros, bem como suas práticas terapêuticas e seus métodos de cuidado.

O relatório final desta pesquisa foi entregue à Senad em maio de 2016. Em março de 2017, foi publicada a *Nota Técnica* nº 21, da Diest/Ipea, em que boa parte das informações levantadas pela pesquisa foi relatada, de forma consolidada.³ Este livro é, portanto, um terceiro produto resultante desse esforço de pesquisa, que aborda, em profundidade, um conjunto de temas relevantes sobre essas instituições, os quais devem merecer a atenção daqueles envolvidos com as políticas públicas voltadas ao cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Ipea

2. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

3. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865>.

INTRODUÇÃO

Maria Paula Gomes dos Santos

A pesquisa que serviu de base para este livro foi realizada entre 2015 e 2017, pelo Ipea, a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).¹ Seu objetivo foi traçar um perfil das comunidades terapêuticas (CTs) que atuam no Brasil. Essas instituições são de natureza privada, muitas delas religiosas, e se propõem a recuperar pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Desde 2011, elas têm recebido recursos do governo federal² para que contribuam na oferta de cuidados a essas pessoas, no âmbito do plano Crack, É Possível Vencer.³ A pesquisa visava ampliar e aprofundar o conhecimento da Senad sobre essas instituições, de modo que a referida secretaria pudesse aperfeiçoar a gestão dos convênios e contratos estabelecidos com elas.

Assim sendo, buscaram-se informações sobre a distribuição das CTs no território nacional; a quantidade de vagas que ofertam, em seu conjunto; as condições de sua infraestrutura predial; suas práticas de cuidado; entre outros aspectos. Os resultados desses levantamentos foram consolidados em relatório de pesquisa, entregue à Senad. Além disso, uma síntese deles foi publicada pelo Ipea, na *Nota Técnica* nº 21, de março de 2017 (Ipea, 2017).

A expressiva massa de dados quantitativos e qualitativos, gerada pela pesquisa, indicava, contudo, uma série de outras questões relevantes para a maior compreensão do universo das CTs e de sua participação nas políticas públicas de cuidado a usuários de drogas. Por isso, decidimos pela organização deste volume, que reúne textos de pesquisadores que ou integraram desde o início a equipe do projeto ou juntaram-se a ela após a coleta dos dados, para interpretá-los. Sendo assim, este livro resulta de um esforço coletivo de análise dos dados da pesquisa, orientado pela leitura e discussão de bibliografia pertinente, que se realizou ao longo de quase um ano.

Para o sucesso desse esforço, foi de imensurável valia o apoio de pesquisadores e professores de diversas universidades e instituições de pesquisa, que atenderam ao nosso convite para oferecer seu parecer aos artigos aqui compilados. Dessa forma,

1. Para tanto, a Senad transferiu recursos orçamentários ao Ipea, por meio do Termo de Cooperação para Descentralização de Crédito nº 9, de 1º de outubro de 2014.

2. Recursos originários do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

3. Decretos nºs 7.179/2010 e 7.637/2011.

nossa equipe manifesta seu agradecimento e apreço a: Acir dos Santos Almeida, do Ipea; Adriana Fernandes, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Ana Laura Lobato, do Ministério da Saúde (MS); Beatriz Brandão, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Carly Machado, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ); Denis Petuco, do MS; Fábio Sá e Silva, do Ipea e da Universidade de Oklahoma; Félix Garcia Lopez, do Ipea; Frederico Barbosa, do Ipea; Frederico Policarpo, da Universidade Federal Fluminense (UFF); Helder Ferreira, do Ipea; Luciana Garcia, do Ipea; Marcela Resende, do Ipea; Marcelo da Silveira Campos, da Universidade Federal de Grande Dourados (UFGD); e Soraya Fleischer, da Universidade de Brasília (UnB).

Esta introdução apresenta ainda as metodologias adotadas na pesquisa (seção 1); uma breve descrição do universo das CTs brasileiras, com base nos dados coletados (seção 2); e, por fim, os artigos aqui reunidos (seção 3).

1 METODOLOGIAS DA PESQUISA

O projeto desta pesquisa previu investigações em duas frentes. A primeira, de natureza quantitativa, consistiu da realização de um *survey* junto às CTs brasileiras, por meio do qual foram levantadas informações tais como: tamanho e composição das instalações das CTs; magnitude da oferta de vagas; perfil etário e de gênero da população acolhida; orientação religiosa das entidades; suas formas de financiamento e recursos de que dispõem ou que obtêm; regras de convivência no interior das CTs; relações destas com serviços públicos de saúde e de assistência social; entre outros. O *survey* foi aplicado a uma amostra de setecentas CTs,⁴ extraída de cadastro com quase 2 mil entidades.⁵

A segunda frente da pesquisa buscou obter dados qualitativos. Para isso, foram realizadas pesquisas de campo em cerca de dez CTs, com metodologia etnográfica, própria da antropologia social. Por meio dessa estratégia, pretendia-se produzir conhecimento em profundidade acerca das práticas, das rotinas e do cotidiano das CTs. As instituições pesquisadas se localizam em diferentes regiões do país e possuem algumas características diversas.⁶ As pesquisas de campo demandaram a permanência, por quinze dias (em média), de antropólogos e antropólogas (pesquisadores de campo) nas unidades pesquisadas. Durante esse período, os pesquisadores permaneciam todo o tempo hospedados nas CTs, participando de suas rotinas diárias e entrevistando seus trabalhadores, dirigentes, além das pessoas então internadas. Cabe ainda mencionar que toda a frente qualitativa da pesquisa

4. Das quais quinhentas responderam ao questionário.

5. Este cadastro fora organizado em 2009, pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, em conjunto com o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a pedido da Senad. Embora não se possa assegurar que ele continha a totalidade das CTs operantes no Brasil, nos anos em que a investigação se realizou (2014-2016), estima-se que, pelo elevado número de entidades registradas, ele seja representativo do universo destas entidades no país.

6. Para a seleção das CTs que seriam objeto das pesquisas etnográficas, foram utilizados dados preliminares do *survey*.

foi coordenada pelos professores Ronaldo Rômulo de Almeida e Taniele Rui, do departamento de antropologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e contou com a valiosa participação dos pesquisadores Andréa Aguiar, doutoranda em antropologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Jardel Fischer Loeck, doutor em antropologia pela UFRGS; Letícia Canonico de Souza, mestre em sociologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); e Matheus Caracho Nunes, doutorando em ciências sociais pela Unicamp.

A entrada e a permanência desses pesquisadores nas CTs só ocorreram após o aceite e a autorização de seus dirigentes. Houve instituições que não acolheram nosso pedido de realização de trabalho de campo em seus estabelecimentos, o que nos levou a supor que nem todas as CTs estão dispostas a abrir-se para o escrutínio público. Isso também nos sugere que as CTs que pudemos pesquisar podem não ser representativas de toda a variedade deste universo institucional. De qualquer modo, os resultados obtidos permanecem válidos para o nosso propósito de ampliar e aprofundar nosso conhecimento sobre os princípios e os modos de aplicação do modelo de cuidado representado por essas instituições.

2 AS CTs BRASILEIRAS: UM BREVE PERFIL

As CTs representam um dos modelos de cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Elas estão presentes não só no Brasil, mas em diversos outros países. Esse modelo se desenvolveu e se disseminou a partir de iniciativas da sociedade civil, muitas vezes articuladas a organizações religiosas. Sendo assim, essas instituições guardam certa semelhança com outras organizações que, ao longo da história, têm prestado serviços assistenciais a pessoas em situação de vulnerabilidade social – abrigos, hospitais filantrópicos, entre outros – com base nos preceitos cristãos da caridade e da solidariedade.

O objetivo específico das CTs é levar seus assistidos a suspenderem o uso de drogas, a partir de uma *transformação subjetiva*, induzida por um conjunto de práticas e atividades realizadas em um contexto de isolamento social e total abstinência de drogas. Elas se configuram como residências coletivas temporárias, nas quais os indivíduos devem ingressar voluntariamente e ali permanecer por períodos extensos (em geral, de nove a doze meses), entre um conjunto de *pares* (pessoas que igualmente têm problemas com drogas) e sob a vigilância de *monitores* – em geral, pessoas que já passaram pelo mesmo tratamento.

A denominação “comunidade terapêutica” foi originalmente cunhada por Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano, para designar um novo modelo de atenção à saúde mental, implementado por ele nos anos 1950, na Inglaterra, junto a ex-soldados traumatizados pela Segunda Grande Guerra. Contudo, as CTs da segunda metade do século XX guardam poucas semelhanças com esse modelo.

A CT de Jones pretendia ser uma alternativa aos hospitais psiquiátricos tradicionais. Também previa a convivência comunitária entre pares, além da prática de atividades laborativas e educativas. No entanto, não possuía orientação religiosa e pretendia criar um ambiente em que as relações entre cuidadores (médicos, enfermeiros e psicoterapeutas) e acolhidos fossem horizontais, e estes últimos tivessem intensa participação nas decisões que dissessem respeito a seu tratamento.

As CTs contemporâneas se dedicam especificamente ao cuidado de usuários compulsivos de drogas e, apesar de proporcionarem a convivência entre pares, mantêm hierarquias muito bem definidas entre internos e cuidadores, tanto profissionais de saúde quanto monitores. Da mesma forma, a definição dos planos terapêuticos, bem como das rotinas da internação, não é aberta à participação dos internos.

O programa assistencial das CTs ancora-se no tripé *disciplina-trabalho-espiritualidade*, que se traduz em rotinas disciplinadas, laborterapia e práticas religiosas. A laborterapia consiste numa terapia por intermédio do trabalho. Envolve tanto tarefas de manutenção da própria comunidade (limpeza e preparo de refeições) quanto atividades produtivas (agricultura, construção civil, artesanato, confecção de produtos para venda, entre outros). Visa ao disciplinamento dos acolhidos para o mundo do trabalho – condição entendida como essencial para a “ressocialização” e “adequação social” dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas.

O cultivo da espiritualidade envolve orações, reflexão e práticas religiosas, e parece cumprir dois objetivos simultâneos: de um lado, estabelecer um padrão de conduta moral (frequentemente, cristão) para os internos; de outro, oferecer-lhes amparo emocional e psicológico para a manutenção da abstinência e conquista da *serenidade*. A divindade (em geral, o Deus cristão) é vista como instância suprema de vigilância e julgamento moral que, ao mesmo tempo, consola e ampara os que sofrem.

Esse programa terapêutico tem como pano de fundo uma representação específica sobre a *pessoa* do usuário problemático de SPAs. Essa pessoa teria algumas características cognitivas e comportamentais muito próprias – falta de controle dos impulsos; incapacidade de adiar satisfações; *deficit* de percepção acerca da realidade; entre outros –, além de um estilo de vida que conflita com as normas sociais. Pode-se dizer, sinteticamente, que, na ótica que predomina nas CTs, as pessoas que fazem uso problemático de drogas estariam destituídas da condição de *sujeito moral* e alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade de responsabilizar-se. É com base nesse entendimento que essas instituições pretendem operar uma transformação subjetiva-moral dos indivíduos que nelas são internados.

Estima-se que haja cerca de 2 mil CTs operando atualmente no Brasil, sendo 46% delas na região Sudeste, 26% na região Sul e 17% no Nordeste. As regiões Norte e Centro-Oeste são aquelas em que a presença dessas entidades é menor. Do total delas, apenas 6% estão no Norte e 9%, no Centro-Oeste.

A maioria das CTs brasileiras destina-se ao cuidado de pessoas do sexo masculino, exclusivamente (80%). Cerca de 15% são CTs mistas (para ambos os sexos) e perto de 5% cuidam apenas de mulheres. Ademais, 49% delas ofertam, individualmente, até 30 vagas; 40% oferecem de 31 a 70 vagas; e apenas 11% possuem capacidade para mais de 70 internos. Cerca de 74% dessas instituições estão localizadas em área rural, em terrenos que vão de 1 mil a 5 mil metros quadrados.

Muitas CTs conjugam práticas religiosas – orações e cultos – com atendimentos por profissionais especializados (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros), no cuidado de sua clientela. A categoria profissional mais representada nessas entidades é a dos psicólogos (1,8 por CT, em média), havendo ainda assistentes sociais (1,3 por CT, em média) e médicos (1,1 por CT, em média). Parte desses profissionais possui vínculo empregatício com essas instituições, mas muitas CTs contam com amplo suporte de voluntários. Em média, para cada trabalhador contratado pelas CTs, há 1,5 voluntário.

No que se refere à orientação religiosa, cerca de 47% das CTs são evangélicas ou protestantes e 27%, católicas. Cerca de 18% declaram-se sem orientação religiosa. Não obstante, mais de 95% delas declaram desenvolver trabalhos espirituais.

Essas breves linhas estão longe de esgotar o conjunto de dados obtidos e analisados por nossa pesquisa. O que foi apresentado até aqui há de servir ao leitor apenas como uma caracterização preliminar do perfil que foi possível traçar das CTs brasileiras.

Até bem pouco tempo relativamente invisíveis no Brasil, como fenômeno institucional, as CTs começam a ser, recentemente, objeto de estudo mais frequente no campo das ciências sociais, o que tem permitido o aumento do conhecimento sobre elas. Essa pesquisa vem se somar a esses esforços, trazendo um conjunto de informações que, até o momento, não havia sido levantado, nem tratado sistematicamente.

A próxima seção apresenta o conjunto dos artigos que compõem este livro.

3 OS CAPÍTULOS DO LIVRO

Os artigos que compõem esta publicação abordam alguns temas específicos a respeito das CTs, que foram ganhando o nosso interesse, tanto durante o levantamento de dados quanto ao longo da análise feita sobre eles.

Seus autores são membros da equipe que se dedicou aos levantamentos dos dados quantitativos e qualitativos; ou pesquisadores do Ipea que, no ano que se seguiu à fase de coleta de dados, agregaram-se à equipe original do projeto.

O primeiro capítulo, de Maria Paula Gomes dos Santos,⁷ pretende lançar luzes sobre a configuração atual do campo das políticas públicas de cuidado a pessoas

7. Responsável pela coordenação da pesquisa.

que fazem uso problemático de drogas, no Brasil; e sobre a inserção das CTs nesse campo. Para tanto, foi realizada uma análise do debate que se trava na sociedade, e também no interior do próprio Estado brasileiro, em torno dessa questão, e dos desafios que esse debate aponta, para as políticas públicas sobre drogas no Brasil.

Os demais textos estão agrupados em três grupos temáticos. O primeiro grande tema abordado é o *modelo de cuidado* adotado pelas CTs, tratado nos capítulos 2, 3, 4, 5 e 6. O capítulo 2, *Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas*, de Marco Antônio Carvalho Natalino, faz uma abordagem teórica do modelo de cuidado das CTs, a partir da obra de Goffmann (2005), *Manicômios, prisões e conventos*. O objetivo do autor é cotejar o conceito de instituição total, formulado por Goffman, com dados estatísticos e etnográficos gerados pela pesquisa (Ipea, 2017), no sentido de contribuir para a discussão, colocada por autores e atores no debate público, sobre serem ou não as CTs instituições totais. Para tanto, o autor busca identificar similitudes, divergências e variações entre o tipo teórico de Goffmann e os casos empíricos revelados pela pesquisa.

O terceiro e o quarto capítulos abordam um tema central ao modelo de cuidado implementado pelas CTs: a busca pela transformação *integral* dos sujeitos que a ele se submetem. Ambos os textos partem das etnografias realizadas pelos autores (Canônico e Nunes, para o terceiro capítulo; Loeck, para o quarto), no âmbito da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*; e buscam refletir sobre as formas pelas quais elas procuram estimular o engajamento de seus acolhidos, em processos de transformação subjetiva.

O texto de Letícia Canônico de Souza, Matheus Caracho Nunes e Maria Paula Gomes dos Santos – *Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas* – parte das etnografias realizadas pelos dois primeiros, para desenvolver uma reflexão acerca da administração do tempo nas CTs, como tecnologia estratégica de transformação subjetiva de seus acolhidos. Apoiando-se nas formulações de Foucault (1979), bem como nas contribuições de Dutra e Arenari (2016), os autores descrevem e analisam rotinas e práticas terapêuticas das CTs pesquisadas e argumentam em favor da centralidade da organização subjetiva e objetiva do tempo no programa dessas instituições.

No quarto capítulo – *Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico* –, Jardel Fischer Loeck trata das práticas terapêuticas adotadas pelas CTs, considerando a utilização que estas fazem de recursos religiosos, de um lado, e de recursos técnico-científicos, do outro. Colocando em perspectiva comparativa as três CTs por ele etnografadas para a pesquisa do Ipea, o autor procura argumentar que, empiricamente, as CTs brasileiras se utilizam de diferentes composições entre práticas religiosas e laicas (ou técnico-científicas), sendo, portanto, impreciso considerá-las como instituições religiosas, ou mesmo classificá-las segundo os tipos ideais “religioso” ou “laico”.

O quinto e o sexto capítulos tratam de questões de gênero e sexualidade no contexto das CTs. O texto de Nayara Lemos Villar e Maria Paula Gomes dos Santos – capítulo 5, *Sexualidade e relações de gênero nas comunidades terapêuticas: notas a partir de dados empíricos* – utiliza os dados da pesquisa para analisar as percepções sobre as questões da sexualidade e das relações de gênero nas CTs e sua atualização no trato dessas instituições não só com a clientela feminina, mas também com a população LGBT.

O texto de Rosa Virgínia Melo – capítulo 6, *O cuidado das mulheres na dependência química* – propõe uma reflexão acerca das especificidades e dos desafios do tratamento à clientela feminina usuária de drogas, com base em etnografia realizada pela autora, fora do âmbito da pesquisa feita pelo Ipea.

O segundo conjunto de temas abordados neste livro trata de aspectos políticos e institucionais que envolvem as CTs e sua participação, cada vez maior, na oferta pública de cuidados a usuários de drogas. No capítulo 7 – *Um campo organizacional de comunidades terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes* –, seu autor, Roberto Rocha Coelho Pires, convida a uma reflexão sobre a expansão numérica das CTs no Brasil e sua crescente institucionalização, apesar da relativa invisibilidade que, até há pouco tempo, caracterizava essas instituições. Com base nos dados quantitativos da pesquisa, e em literatura própria dos estudos organizacionais, o autor analisa o processo de constituição de um campo organizacional próprio dessas organizações, o qual responderia pelos processos de homogeneização das práticas dessas comunidades e de sua crescente profissionalização.

O capítulo 8 – *Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas* –, de Marcello Doudement e Vinnie Nasser Mesquita da Conceição, trata da constituição de uma instância de articulação e intermediação de interesses das CTs, junto ao Poder Legislativo federal. Ao fazê-lo, identifica os objetivos e principais esforços desempenhados por esta frente parlamentar, assim como seus principais atores políticos.

O capítulo 9, *Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais*, de Luciana Barbosa Musse, procura enfrentar as controvérsias em torno das circunstâncias em que devem ser aplicadas as internações forçadas – involuntária e compulsória – de usuários e dependentes de SPAs, suscitadas pela Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas) e pela Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Nesse percurso, a autora discute algumas das tensões inscritas no marco normativo vigente sobre o uso de drogas e reflete sobre o que ela denomina de “judicialização” da saúde mental. O texto é construído a partir de pesquisa bibliográfica e documental, bem como por análise de dados, coletados pela autora, relativos a decisões do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios.

O capítulo 10, *Efeitos da nova regulação uruguaia sobre a cannabis na fronteira com o Brasil: observação sobre os sistemas brasileiros de saúde e segurança pública* –, de Olívia Alves Gomes Pessoa e Alexandre dos Santos Cunha, traz alguns achados de outra investigação, conduzida também no Ipea, pelos mesmos autores, tendo em vista avaliar os impactos da nova regulação do Uruguai, para a *cannabis*, sobre a região da fronteira brasileira com esse país. Neste texto, os autores discorrem sobre a atuação dos agentes locais dos sistemas de justiça e segurança, por um lado; e de saúde, por outro, com base em dados primários e entrevistas realizadas com diversos atores na região.

REFERÊNCIAS

DUTRA, R.; ARENARI, B. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático de crack. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: 2017. (Nota Técnica, n. 21). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 maio 2010. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-normaatualizada-pe.html>>.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A DISPUTA SOBRE MODELOS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL

Maria Paula Gomes dos Santos

1 INTRODUÇÃO

Do ponto de vista da análise de políticas públicas, os estudos sobre comunidades terapêuticas (CTs) ganham relevância em função da incorporação dessas instituições, pelo Estado brasileiro, à oferta pública de cuidados a usuários de drogas. A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), que define os crimes relacionados a drogas no país, instituiu um sistema nacional de políticas públicas sobre drogas, segundo o qual a “atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas” (Brasil, 2006, art. 3º, I) deve ser prestada tanto pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos. Desde a edição dessa lei, essas instituições, para cumprir tal função, tornaram-se elegíveis a subsídios públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros (*op. cit.*, art. 24).

Esse arranjo poderia ter, a princípio, a virtude de ampliar e diversificar a oferta de cuidados gratuitos para usuários de drogas que deles necessitassem. Sua implementação, contudo, acabou por amplificar uma disputa, que já não era nova, em torno dos modelos de cuidado a essas pessoas. Essa disputa passou a ser travada, inclusive, no interior do próprio Poder Executivo federal, entre agentes públicos vinculados a diferentes órgãos, opondo, de um lado, defensores da participação das CTs na rede de atenção a usuários de drogas (com financiamentos governamentais); de outro, aqueles que desaprovam essa participação e o financiamento público dessas instituições, por entenderem que elas violam os princípios da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (Brasil, 2003). Vale dizer que, além de dissensos sobre aspectos clínicos do cuidado a usuários de drogas, essa disputa envolve controvérsias científicas, morais e simbólicas.

Assim sendo, procuro neste texto analisar os termos dessa disputa, tomando cada uma das perspectivas em jogo, a fim de especular sobre possíveis caminhos a serem seguidos pela política pública de atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas. A proposição que guia esta análise é que tal contenda se nutre de uma disputa maior, em torno do que alguns autores chamaram de significado

social (Velho, 1998) ou estatuto social das drogas (Vargas, 2001). Nesse sentido, pretendo argumentar que as preferências quanto a modelos de cuidado a usuários de substâncias psicoativas (SPAs) estão diretamente associadas aos diferentes sentidos – morais, simbólicos e políticos – atribuídos pelos diversos grupos sociais a essas substâncias e ao seu uso; e que, considerando a diversidade de perspectivas presentes na sociedade brasileira (tal como em muitas outras), resta ao poder público o desafio de promover as condições para que elas sejam amplamente debatidas, sem dogmas ou argumentos de autoridade.

Antes de prosseguir, vale esclarecer o significado do termo drogas aqui empregado, dada sua grande polissemia. Optou-se, neste texto, por adotar o sentido atribuído internacionalmente – e também no Brasil, por suas instituições –,¹ que indica um conjunto de SPAs, de uso proscrito por lei, tais como a maconha, a cocaína, o *crack*, o LSD, a heroína, além de outras menos comuns entre nós.

2 O DEBATE EM TORNO DO ESTATUTO SOCIAL DAS DROGAS, DOS SEUS EFEITOS E DOS SEUS USUÁRIOS

Como é sabido, a proscrição legal de determinadas substâncias deriva, primeiramente, da atribuição a elas, dada por portadores de argumentos médicos, de um caráter *nocivo* para a saúde dos indivíduos. Como coloca Fiore (2006, p. 41), “o significado ou estatuto social do uso de ‘drogas’ é fundamentalmente, ainda que não apenas, medicalizado”.² Além de um risco à saúde, o consumo de SPAs e o desfrute dos seus efeitos têm sido, desde muito tempo, objetos de censura moral. Nos Estados Unidos, segundo Levine (1978), a embriaguez já incomodava o clero puritano do final do século XVIII, que tratava essa prática como pecado (Levine, 1978, p. 4). No século XIX, a ideia de perda de controle sobre a vontade de beber viria a ser descrita como doença, nos trabalhos de Rush³ (1810 *apud* Levine, 1978), e consolidada como problema moral pelos *Movimentos da Temperança*⁴ – cujos representantes consideravam o autocontrole, a racionalidade, a moderação dos prazeres e o domínio da vontade sobre os instintos atributos indispensáveis ao exercício da liberdade e da autonomia pelos indivíduos (Levine, 1978).

Rush (1811) preocupava-se principalmente com a ingestão de bebidas destiladas, às quais atribuía o poder de, progressivamente, tornar seus bebedores *adictos*. Segundo Levine, ele teria sido pioneiro não só na identificação dessa relação

1. No Brasil, temos o Conselho Nacional de Drogas e a Secretaria Nacional de Drogas, que se ocupam das políticas relativas especificamente a essas substâncias.

2. Ver Velho (1998), Vargas (2001), Fiore (2006) e Policarpo (2016).

3. Rush (1745-1813) foi médico na Filadélfia e dedicou-se, entre outras coisas, ao estudo das desordens mentais, tendo se tornado um dos precursores da psiquiatria americana. Foi também um dos signatários da Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776).

4. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/temperance-movement>>.

de causa e efeito, mas também na descrição do que hoje chamamos de *alcoolismo*, como um comportamento compulsivo e patológico; e também na prescrição da abstinência como o único caminho para a cura (Levine, 1978, p. 8). Segundo Berk (2004), os argumentos de Rush contra a ingestão de bebidas alcoólicas destiladas eram tanto científicos quanto morais. Para ele, o uso dessas substâncias poderia levar os sujeitos a cometerem fraudes, roubos e assassinatos (Berk, 2004, p. 1).

Os *Movimentos da Temperança*, por sua vez, organizaram-se a partir da sociedade civil, em diversos países (Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Escócia e Escandinávia), desde meados do século XIX. Justificados pelos trabalhos de Rush (Levine, 1978), esses movimentos também condenavam o uso dos *ardent spirits*,⁵ no que eram apoiados por igrejas protestantes e evangélicas. Segundo Berk, a retórica desses movimentos, ao menos nos Estados Unidos, teria sido mais eficaz que os próprios argumentos científicos de Rush, uma vez que apelava para crenças mais profundas dos americanos, como a importância de Deus, da liberdade, do trabalho duro e da salvação pessoal e comunitária (Berk, 2004, p. 10). Essas seriam as origens do paradigma segundo o qual o uso de determinadas SPAs provoca, necessariamente, um desejo incontrolável e sempre renovado de voltar a consumi-las – descrito, em termos médicos, como uma doença, depois designada dependência química.⁶

Segundo as descrições que se popularizaram (não só no meio médico), essa doença, além de afetar a saúde do indivíduo, teria impactos sociais devastadores. Primeiramente, porque os efeitos dessas substâncias distorceriam as percepções de seus usuários, torná-los-iam consumidores compulsivos e comprometeriam a sua razão. Ademais, porque, uma vez tornados consumidores compulsivos, dependentes químicos não mediriam consequências para obter as substâncias que pretendessem consumir, ultrapassando, se necessário, quaisquer barreiras morais e legais.

Desse modo, a chamada dependência química constituiu-se como, ao mesmo tempo, uma patologia, uma fragilidade moral e uma ameaça social, delineando a identidade social do drogado como pessoa doente, moralmente débil e delinquente (Velho, 1981). Esta formação discursiva tem sido reiterada ao longo dos anos, no Brasil e alhures, podendo ser encontrada, sem muito esforço, em diversos sítios da internet.

O indivíduo [usuário de drogas], com o tempo, vai ficando agressivo, e se afasta cada vez mais da família. Passa o dia fumando ou achando meios de conseguir mais. Às vezes chega a roubar seus próprios familiares, e dessa maneira as drogas vão indiretamente acabando com a unidade familiar. (...) Em muitos casos, usuários

5. Bebidas alcoólicas destiladas.

6. Vale notar que, ao longo do tempo, a denominação dessa doença sofreu algumas alterações no *Manual Estatístico de Desordens Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)*, da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA). Na última edição desse manual (quinta edição), a denominação adotada é “transtornos por uso de substâncias”, considerada mais abrangente (APA, 2014).

de drogas se envolvem em crimes, tais como narcotráfico e homicídios, tornam-se vítimas de violência, além de estarem sujeitos a outros perigos, como DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e gravidez indesejável.⁷

Segundo essa lógica, as chamadas drogas são percebidas como “um mal em si” mesmas (Bucher e Oliveira, 1994): entes com capacidade de agência própria (Policarpo, 2016), independentemente de quem as usa ou em que contexto o faz. Sendo assim, todos os que se arriscam a experimentá-las estariam inescapavelmente fadados a um destino de degradação física e moral e de desfiliação social.

Essa retórica tem sustentado a chamada guerra às drogas, movimento internacional, capitaneado pelos Estados Unidos a partir de 1971, em prol da proibição e criminalização do uso, comércio e produção de determinadas SPAs.⁸ Do mesmo modo, tem balizado certas metodologias de cuidado a dependentes químicos, as quais consideram a abstinência de drogas a única conduta saudável para os seres humanos – que, portanto, deve ser exigida, a princípio, de todos aqueles que pretendem se tratar de tal doença. Vista como incurável, a dependência química marcaria o destino de seus portadores, demandando sua eterna vigilância.

Contudo, pelo menos desde os anos 1980, esse paradigma deixou de ser consenso entre médicos e outros profissionais que se dedicam à pesquisa e à clínica das adições.⁹ Como mostrou Fiore (2006), são muitas as controvérsias no campo médico no que se refere aos riscos e danos implicados no uso de drogas, assim como aos modos de enfrentar os usos problemáticos. O próprio campo da psiquiatria, principal especialidade médica em que se desenvolvem a clínica e a pesquisa sobre usos de psicoativos, tem sua história marcada por grandes dissensos em torno da etiologia¹⁰ dos transtornos mentais, do seu tratamento e da própria definição de cura nesses casos.

Em pesquisa de campo num ambulatório de saúde mental, Jucá (2005) observou que muitos profissionais resistiam a usar este termo, preferindo falar de “recuperação”, quando em referência à evolução positiva de um paciente com transtornos mentais. Mesmo assim, “recuperação não equivale a cura, no campo psiquiátrico. Em psiquiatria, recuperação designa, mais comumente, a saída de um estado de crise (ou da fase aguda)” (Jucá, 2005, p. 773).

O próprio DSM (APA, 2014), tido como referência internacional para a caracterização das patologias psiquiátricas,¹¹ nunca foi acolhido pacificamente e

7. Disponível em: <<http://drogasilicitiacmpa2012.blogspot.com.br/2012/08/consequencias-das-drogas-na-sociedade-e.html>>.

8. Sobre o processo histórico de criminalização da produção, do comércio e do uso de drogas, ver Vargas (2001).

9. Como são chamados, muitas vezes, os usos problemáticos de drogas.

10. Etiologia é o estudo das causas e fatores de uma doença e do conjunto dessas causas, a partir de seus sinais e sintomas. A etiologia das doenças mentais definiria os potenciais fatores geradores delas.

11. Lançado pela primeira vez em 1952, esse manual derivou da necessidade de uma sistematização das diversas classificações sobre doenças psiquiátricas existentes nos Estados Unidos desde 1840. Ao longo dos anos, tem passado por várias revisões, estando atualmente em sua quinta edição (DSM V).

unanimemente pela comunidade internacional. Sua última edição, por exemplo, foi recebida com muitas críticas.

A nova revisão do DSM antecedeu-se de um verdadeiro levante de críticas, mobilizando pessoas e instituições em vários pontos do mundo. Pelo menos três manifestos vieram a público – em Barcelona, Buenos Aires e São João del-Rei – fazendo objeções relevantes ao uso do DSM como critério único para o diagnóstico em saúde mental (Silva, 2013, p. 65).

Para os signatários do Manifesto de São João del-Rei, “os DSMs não são uma unanimidade epistêmica, apesar de sua pretensão de serem hegemônicos” (Manifesto..., 2011).

Portanto, pode-se dizer que é grande o dissenso no interior da psiquiatria, e ele incide também nas descrições da chamada dependência química – ou dos transtornos por uso de substância, como quer a última versão do DSM.¹² Nesse caso, as controvérsias se referem tanto à questão dos riscos e danos associados ao uso de drogas quanto às abordagens terapêuticas mais adequadas para tratar casos de uso descontrolado. Conforme demonstrado por Fiore (2006), há médicos que consideram ser possível haver modos de uso não nocivos dessas substâncias – no que seguem, aliás, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), que adota, em suas classificações, categorias como uso experimental, uso ocasional e uso recreativo (Fiore, 2006, p. 75).

Essa perspectiva lastreia-se em diversas pesquisas clínicas, que têm entre seus pioneiros o psiquiatra norte-americano Norman Zinberg e o francês Claude Olivenstein. Em sua obra, *Drugs, Set and Setting*, Zinberg (1984) argumenta que há formas distintas de uso de drogas, que variam em função do tipo de substância consumida e do modo de sua ingestão (*drug*); da subjetividade do usuário (o *set*); e do contexto social de uso (o *setting*). Isso explicaria, por exemplo, por que alguns indivíduos estabelecem relações de dependência com certas substâncias e não com outras; ou mesmo por que alguns usuários nunca se tornam dependentes.¹³

O entendimento de Olivenstein (1985; 1988; 1990) é semelhante. Autor de diversas obras sobre o tema,¹⁴ esse psiquiatra francês fundou, nos anos 1970, o Centre Médical Marmottan, em Paris, que se tornou referência mundial no tratamento do que se chamava então de toxicomania.¹⁵ Para ele, essa condição resultaria de interações dinâmicas entre o sujeito, a substância e o seu ambiente (social,

12. Ver nota 6, neste texto, e APA (2014, p. XVIII).

13. Para mais detalhes, ver Zingberg (1984).

14. Olivenstein e Parada (2005), Olivenstein (1985; 1988; 1990), entre outros.

15. Nos anos 1980, vários técnicos brasileiros foram estagiar no centro Marmottan, contribuindo, assim, para a formação de clínicos, pesquisadores e centros de pesquisas brasileiros sobre drogas, na perspectiva de Olivenstein.

cultural, econômico e político), e o desenvolvimento de uma relação patológica com drogas seria determinado por desequilíbrios entre esses elementos. Por isso, Olivenstein recomendava que se considerassem as condições contextuais (sociais, culturais, econômicas e políticas) em que cada sujeito desenvolveu sua relação com determinadas drogas. Cada toxicômano representaria um caso singular – portanto, a clínica das toxicomanias deveria ancorar-se na escuta atenta dos pacientes, assim como na análise dos fenômenos bioquímicos provocados por certa droga em cada organismo. O diagnóstico da toxicomania precisaria levar em conta, também, as percepções do próprio sujeito investigado quanto ao lugar do uso de drogas em sua existência, isto é, em que medida a pessoa em questão escolhe livremente entre usá-las ou não. A dependência só estaria configurada quando, ao se decidir por não as usar, o sujeito, mesmo assim, se sentisse compelido a fazê-lo (Olivenstein, 1985; Fiore, 2006).

A incorporação da análise do contexto social aos diagnósticos sobre modos de uso de drogas abriria novas frentes de pesquisa, para além das ciências médicas, da psicologia e da psicanálise, envolvendo também as ciências sociais. A partir dessas contribuições, o foco da pesquisa em saúde mental se deslocou das drogas – como objetos genéricos, carregados de uma agência própria maligna – para as práticas e os contextos de uso, assim como para os comportamentos aditivos. Essa perspectiva viria a colocar em questão também as relações que alguns sujeitos desenvolvem com outras práticas, tais como com jogar, fazer sexo, usar a internet, entre outras. É desse prolífico campo acadêmico e clínico, de caráter multidisciplinar, que se têm nutrido diversas outras práticas de cuidado – inclusive aquelas que se realizam em condições de liberdade, isto é, sem a mediação da internação e do isolamento social. É dessa linhagem também que se constituíram os modelos de atenção orientados pela abordagem psicossocial e pela lógica ampliada da redução de danos (RD), instituídos pela política brasileira de saúde mental, desde o início do deste século (Brasil, 2003).

3 A CONTROVÉRSIA EM TORNO DOS MODELOS DE CUIDADO

As disputas que se travam sobre os modelos de cuidado a pessoas que fazem usos problemáticos de drogas têm sido expressas, recorrentemente, como uma oposição entre modelos calcados na abstinência *versus* modelos calcados na redução de danos. Desde já, cabe assinalar que essa oposição é errônea, uma vez que as estratégias orientadas pela lógica de redução de danos, em princípio, não se opõem à abstinência, desde que esta seja um objetivo das pessoas que buscam ajuda para tratar de suas adicções. O cerne da controvérsia se dá, antes, em torno do fato de que, em alguns modelos de cuidado, a abstinência não é apenas o único objetivo desejável, mas também uma condição prévia para a realização do próprio tratamento.

Nesses modelos, incluem-se as práticas de grupos voluntários de ajuda mútua (como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos); o método Minesotta (praticado em algumas clínicas médicas brasileiras);¹⁶ e as próprias CTs. Esses modelos se difundiram e ganharam grande respeitabilidade ao longo dos anos, de tal forma que ficaram assentados, no senso comum, como a única abordagem que dá certo (Worcman e Morganti, 2017).

No caso das clínicas médicas e das CTs, o postulado da abstinência vem ainda acompanhado de antigas práticas de tratamento psiquiátrico, especialmente o recolhimento dos pacientes a instituições fechadas, onde são submetidos a isolamento social, sob rigorosas regras de conduta e convivência, e sob vigilância e tutela de uma equipe dirigente.¹⁷ A adoção dessas medidas sobre usuários de drogas é frequentemente justificada pelos argumentos da falta de controle dessas pessoas sobre a sua própria vontade, e também da distorção de suas percepções sobre a realidade, o que as tornaria incapazes de desfrutarem de liberdade e autonomia.

Em vertente diversa, coloca-se a RD, estratégia de saúde pública mais recente. Inicialmente, ela foi adotada em países europeus, nos anos 1980, com vistas ao controle da transmissão de HIV/aids, entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), com significativo sucesso. Com o mesmo propósito, foi adotada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, a partir de 1994.¹⁸ Talvez por isso, uma de suas práticas mais conhecidas seja a troca das seringas utilizadas (em injeções de heroína e cocaína) por seringas novas, sob o patrocínio das próprias autoridades sanitárias.¹⁹

Também são parte dessa estratégia as terapias substitutivas, que propõem, no processo de cuidado, a troca de algumas substâncias por outras, cujos danos sejam avaliados como menores – por exemplo, a substituição de heroína por metadona,²⁰ ou do uso de benzodiazepínicos²¹ para o controle da abstinência alcoólica.

Algumas práticas de RD visam, ainda, promover a cidadania dos usuários compulsivos de drogas – em particular, os mais vulneráveis –, no sentido de levá-los a reconhecerem a si próprios como sujeitos de direitos. Conforme posto por seus próprios praticantes:

16. Esta abordagem terapêutica foi iniciada nos Estados Unidos, tendo sido difundida no Brasil nos anos 1980. Para mais detalhes, ver Vaissman, Ramôa e Serra (2008).

17. Essa descrição é compatível com o conceito de instituição total, apresentado por Goffman (2005). Sobre a classificação das CTs como instituições totais, ver o texto de Marco Natalino nesta publicação.

18. Para um bom relato da história da RD no Brasil, ver Passos e Souza (2011).

19. Eram doadas novas seringas aos usuários, desde que estes entregassem suas seringas usadas e não as compartilhassem com outros usuários.

20. A metadona é uma substância sintética de efeitos analgésicos e psicoativos – estes últimos muito similares aos da heroína e da morfina. É utilizada, nas terapias de RD, como substituta da heroína.

21. Benzodiazepínicos são medicamentos com propriedades sedativas, ansiolíticas anticonvulsantes e de relaxamento muscular, amplamente prescritos e utilizados.

as estratégias de redução de danos são voltadas para qualquer cidadão, desde aquele que ainda não experimentou drogas, até aquele com uso problemático. No entanto, em geral, as abordagens têm como prioridade populações em contextos de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade de uma pessoa não fica restrita a um determinado comportamento ou conduta, mas está relacionada ao ambiente em que se dá, e também ao contexto sociocultural. O aspecto social da vulnerabilidade se refere à possibilidade de acesso às informações e à capacidade de elaborá-las e incorporá-las nas práticas cotidianas, o que implica a oportunidade de acesso às informações, a recursos materiais e às instituições e aos serviços, assim como estar livre de estigmas e preconceitos” (O que é..., s.d.).

A estratégia, portanto, engloba diferentes ações destinadas principalmente a mitigar prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Seu diferencial consiste em não exigir, de saída, que o usuário se mantenha abstinente (Marlatt, 1999). Nesse sentido, pretende ser uma proposta de “cuidado para além das drogas” (Centro de Convivência É de Lei, s.d.), que procura engajar usuários num projeto de autocuidado. Seu método se apoia, sobretudo, no vínculo entre usuários e redutores de danos – pessoas conhecedoras de substâncias e de seus efeitos.

No Brasil, desde a incorporação da RD pelo programa de DST/aids do MS, multiplicaram-se organizações não governamentais que praticam a RD nas cenas abertas de uso de drogas (Passos e Souza, 2011), que disseminam informações, ofertam insumos para o uso seguro de drogas²² e, caso necessário, facilitam o acesso de usuários a serviços de saúde e assistência social.²³ Um pressuposto desse modelo é que o acesso a cuidados de qualquer tipo, por pessoas que fazem uso problemático de drogas, favorece o autocuidado, a progressiva diminuição do consumo de substâncias e até mesmo a conquista da abstinência, se esta for desejada pelo usuário.

A RD é também considerada uma abordagem *humanista*, posto que não lança mão de quaisquer formas de coerção sobre os sujeitos que pretende cuidar, respeitando sua autonomia e liberdade de escolha (Fiore, 2006). Ademais, é considerada *pragmática* (Nadelman *et al.*, 1997; O’Hare, 1994 *apud* Fiore, 2006), na medida em que admite que o uso de psicoativos tem estado historicamente entranhado na vida social (Escohatado, 1997) e que seu consumo não vai deixar de existir, a despeito de quaisquer leis (Acsehrad, 2015).²⁴

22. Tais como seringas, para drogas injetáveis, canudos de silicone, para o uso de cocaína inalada, piteiras, para o uso do crack, além de outras peças que mitigam ou previnem problemas de saúde decorrentes do uso de algumas drogas – como protetores labiais e até camisinhas.

23. Caso de usuários de drogas em situação de rua e vulnerabilidade social.

24. Acsehrad (2015) justifica essa observação com base no fracasso da “guerra às drogas”: “O mundo fez uma aposta há cerca de 50 anos. Se toda a energia repressiva do mundo fosse canalizada para proibir as drogas, seria possível eliminar as drogas do mundo. Como toda a aposta, poderia ter dado certo ou errado. Deu errado” (Acsehrad, 2015, p. 7).

Desde o início dos anos 2000, a estratégia de RD foi incorporada à *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (Brasil, 2003),²⁵ na esteira da reforma psiquiátrica, instituída nos serviços públicos de saúde mental brasileiros, desde 2001 (Brasil, 2001).²⁶

Essa reforma visou alterar o modelo de cuidado às pessoas com sofrimentos psíquicos, pela substituição dos antigos hospitais e manicômios psiquiátricos por serviços de atenção integral, em instituições menores e abertas, próximas aos locais de residência e circulação de seus usuários. Entre seus objetivos estava a conquista de um lugar social positivo, e não segregado, para os ditos loucos – ou seja, a quebra de um estigma. Nas palavras de um de seus expoentes,

a reforma psiquiátrica é o processo de transformação da mentalidade da sociedade em relação ao transtorno mental. Implica a mudança de um modelo assistencial – que hoje é predominantemente de segregação – para um modelo de inclusão e de participação territorial. Mas não é só isso. Mais do que a mudança desse modelo, é preciso também uma mudança de mentalidade: as pessoas têm que entender de outra maneira o que é o sofrimento, o que é a loucura, o que é o transtorno mental e conviver com esses sujeitos de outra forma, com uma abordagem solidária e inclusiva (Amarante *apud* Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas, 2016).²⁷

Essas proposições inspiraram-se em experiências e movimentos com propósitos semelhantes, ocorridos desde o pós-guerra, na Europa e nos Estados Unidos.²⁸ Desde então, questionava-se profundamente o paradigma *hospitalocêntrico* dos tratamentos psiquiátricos: o recolhimento dos pacientes a grandes asilos (institucionalização), seu isolamento social e comunitário, sua excessiva medicalização e a destituição de seus direitos civis – enfim, o seu apagamento da vida social.

Priorizando o cuidado em liberdade, fora dos muros de uma instituição total (Goffman, 2005), a reforma psiquiátrica pretendeu também incorporar outros saberes, além do biomédico, ao repertório diagnóstico e terapêutico do campo da saúde mental – reconhecendo que as diversas formas de sofrimento psíquico não se originam apenas no indivíduo, numa suposta disfunção do seu organismo, e que processos psíquicos são atravessados pelo contexto social em que se forjam os diferentes sujeitos. Assim sendo, instituiu a clínica psicossocial, que propunha, ainda, o fim da hegemonia médica no campo da saúde mental, em

25. Portaria do MS nº 816, de 30 de abril de 2002, institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas; Portaria, também do MS, nº 1.028, de 1ª de julho de 2005, institui a Política Nacional de Redução de Danos.

26. Lei nº 10.216/2001.

27. Esta citação foi retirada do *site* da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD). Disponível em: <<http://pbpd.org.br/pbpd-entrevista-paulo-amarante/>>.

28. A psiquiatria do setor e a psicoterapia institucional francesas; a psiquiatria comunitária americana; a antipsiquiatria inglesa; a psiquiatria democrática italiana; e o movimento das CTs na Inglaterra, cujo nome viria a ser adotado mais tarde pelas instituições de cuidado a usuários de drogas, objeto deste livro; mas que guardam poucas características em comum com as CTs originais. Sobre este conjunto de experimentos, ver Amarante (2002; 2000) e Birman e Costa (1976).

favor de uma clínica multiprofissional. A reforma psiquiátrica previa também a maior participação dos pacientes – agora denominados “usuários dos serviços de saúde” – nas decisões sobre seu tratamento e sobre os rumos dos próprios serviços de atenção e cuidado em saúde.

Assim, a partir da Lei nº 10.216/2001, o cuidado em saúde mental ofertado pelo SUS passou a se dar, na maioria dos casos, em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Estes últimos devem cumprir a função de abrigamento para aqueles que, em sofrimento psíquico, não dispõem de residências próprias ou de familiares que possam acolhê-los. Nessas residências, junto a outros sujeitos em situações semelhantes, os sujeitos diagnosticados com transtornos mentais vivem um cotidiano comum, tomando decisões e realizando, por si próprios, tarefas de sua vida diária, sob o acompanhamento de equipes multiprofissionais de saúde mental. Os CAPS, por seu turno, são serviços em que toda a população tem acesso a cuidados em saúde mental, tais como consultas com psiquiatras e psicólogos, além de um conjunto de atividades terapêuticas, como oficinas, terapias de grupo, atividades de lazer, entre outras.

A abordagem psicossocial concorreria não só para a melhoria da saúde mental dos pacientes, mas para a sua inserção social e comunitária, como sujeitos de direitos. Desde 2011, o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em que o CAPS figura como principal equipamento, mas, agora, articulado a outros serviços do sistema de saúde, como os de atenção básica; de urgência e emergência; de atenção residencial de caráter transitório; de atenção hospitalar; e de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Para o caso específico de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, a política de saúde mental passou a oferecer, desde 2003, os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), moldados sob os mesmos princípios do CAPS comum, e com as mesmas articulações. Nesses serviços, preconiza-se igualmente o tratamento em liberdade, assim como a atenção integral e intersetorial aos pacientes. Abolem-se, também, as medidas coercitivas sobre estes, que devem ser substituídas por acordos, contratos e vínculos estreitos entre cuidadores e sua clientela (Brasil, 2003).

Ao lado da atenção psicossocial, a redução de danos foi adotada pela política de saúde para usuários de álcool e drogas, como uma “lógica” do cuidado, que deve orientar as diversas intervenções. Isso significa, entre outras coisas, que a abstinência deixa de ser uma condição para o ingresso no tratamento, ou o seu único fim, tornando-se uma das possibilidades no horizonte dos pacientes. Segundo Ferreira (2017, p. 55):

o trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e das escolhas individuais e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. Mas, principalmente, de defesa e “ampliação” da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da autorregulação e autonomia.

Embora a RD esteja inscrita no modelo oficial de cuidados em álcool e drogas ofertados pelo SUS, alguns autores observam que ela não se estabeleceu de forma hegemônica na clínica das adições, nem nos próprios serviços públicos (Ramôa, 2012; Worcman e Morganti, 2017). Além disso, o próprio significado da expressão *redução de danos* permanece sendo objeto de disputas (Fiore, 2006; Ferreira, 2017), o que evidencia a perenidade do dissenso em torno dos modelos terapêuticos e sua ligação inextricável com a disputa maior, sobre o estatuto social das drogas, como aqui tenho tentado argumentar.

No que se refere à abordagem psicossocial, cabe assinalar que as CTs brasileiras também reivindicam esta qualificação para seu modelo de cuidados, ainda que ele implique o isolamento social e a manutenção da abstinência como condição para o tratamento (Kurlander, 2014). Segundo representantes dessas instituições e defensores de seu modelo, a abordagem psicossocial seria inerente ao projeto das CTs de “tratar do sujeito por inteiro”.

De fato, há algo de psicossocial do modelo das CTs, como mostram diversos capítulos deste livro. Contudo, há diferenças marcantes entre as estratégias dos CAPSad e as tecnologias mobilizadas pelas CTs – como a abstinência como condição do tratamento e o isolamento social. Talvez se possa dizer que as diferenças mais relevantes entre esses dois modelos se explicitam em três dimensões, quais sejam: *i*) a noção de pessoa (Mauss, 2003), de que partem cada um desses modelos, no que se refere aos usuários de drogas; *ii*) os meios pelos quais cada modelo busca cuidar desses sujeitos como um todo; e *iii*) os fins para os quais se orientam cada uma dessas formas de cuidado.

Ao perceberem usuários de drogas como pessoas doentes, imorais e delinquentes, as CTs consideram imperativo não só colocá-los em abstinência, mas educá-los, ou reeducá-los, para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia se faz – como se pode constatar a partir de nossas e de outras pesquisas – por esforços de convencimento dos sujeitos de que o uso de drogas é reprovável, porque são substâncias nocivas à saúde, que distorcem o discernimento dos usuários e os transformam em desviantes morais e jurídicos. As formas de convencimento adotadas nas CTs, por sua vez, dão-se pelo proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas valorizadas pela instituição e pela tentativa de introjeção, no sujeito, de novos atos e rotinas.²⁹ Essa pedagogia parece visar, principalmente, inculcar nos

29. Ver especialmente os capítulos de Canonico, Nunes e Santos e de Loeck – 3 e 4, respectivamente – nesta publicação.

sujeitos um novo *habitus* (Bourdieu, 2000) e um código moral, ambos ancorados nos valores do trabalho, da disciplina, da família e da religião.

Nos CAPSad, espera-se que eventuais transformações subjetivas ocorram a partir da incursão dos pacientes num processo autônomo de autocuidado, que, no entanto, não tem prazo fixo para ser concluído. Aqui, o uso (compulsivo ou não) de drogas é compreendido como parte integrante dos sujeitos, que precisa ser considerado como parte de sua história singular. A abstinência não precisa ser alcançada a qualquer custo, mas como resultado de um processo de autoconhecimento, mediado por terapeutas dispostos a uma escuta qualificada, despida de dogmas e preconceitos.

Ao contrário da supressão dos sintomas como meta final e principal, busca-se promover um reposicionamento do sujeito, uma implicação subjetiva e sociocultural. Sua ética pauta-se na perspectiva da singularização, horizontalização e interlocução (Ferreira, 2017, p. 57).

As CTs esperam que os novos sujeitos produzidos por elas correspondam a um modelo moral preestabelecido – o de pessoas produtivas, disciplinadas e tementes a Deus. Do mesmo modo, nutrem a convicção de que os meios para tal mudança são invariavelmente os mesmos, para toda e qualquer pessoa que apresente problemas relacionados ao uso de drogas. No modelo preconizado pelos CAPSad, eventuais mudanças em seus clientes não têm direção predefinida, nem modelo moral a ser seguido. Da mesma forma, não se advogam meios padronizados e infalíveis para a cura, mas estratégias que variam, em função das condições psicossociais de cada paciente e de sua trajetória terapêutica singular.

4 EVENTOS RECENTES E DESAFIOS DA POLÍTICA BRASILEIRA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS

A disputa interinstitucional entre os modelos de cuidado tem crescido nos últimos anos e ganhou grande visibilidade após o lançamento, em 2011, do programa Crack, É Possível Vencer, que deu início à efetiva transferência de recursos às CTs pelo governo federal, prevista na Lei de Drogas. A partir deste fato, e das críticas que ele suscitou, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) trabalhou por mais de um ano na elaboração de um conjunto de normas disciplinadoras, especialmente para aquelas que viessem a se candidatar ao financiamento público federal. Essas normas versavam sobre as condições em que poderiam ser realizados o isolamento social (voluntariamente); a laborterapia (observando-se os direitos trabalhistas até então assegurados em lei); as práticas religiosas (garantindo-se aos internos a liberdade de credo); entre outras. As diversas regras foram consolidadas no marco regulatório das CTs (Resolução nº 1 do CONAD), publicado em agosto de 2015. Até então, as únicas normas impostas pelo Estado às CTs tratavam, principalmente, das condições sanitárias

mínimas necessárias ao funcionamento dessas instituições – as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDCs) da Anvisa nºs 101/2001 e 29/2011 (esta última, em substituição à primeira).

A resolução do CONAD de 2015, contudo, teve seus efeitos suspensos por medida liminar, concedida pela 2ª Vara Federal de São Paulo, em 4 de agosto de 2016, a pedido do Ministério Público Federal – mais precisamente, da Procuradoria Regional de Defesa do Cidadão (PRDC) de São Paulo. O autor da liminar considerou que as CTs não poderiam ser regulamentadas pelo CONAD, que é órgão do Ministério da Justiça, já que elas seriam equipamentos de saúde, devendo, portanto, ser disciplinadas somente pelo MS.

O questionamento judicial da Resolução nº 1/2015 (Brasil, 2015) foi apoiado por diversas organizações da sociedade civil e pelos conselhos profissionais de psicologia e de serviço social, que consideravam a resolução insuficiente, uma vez que: não exige a presença de profissionais de saúde capacitados e devidamente credenciados na gestão das CTs; não atribui a nenhum órgão público a competência para fiscalizar o cumprimento da própria resolução; além de não especificar as formas de articulação entre as CTs e o sistema de saúde, para fins de prestação de atenção integral à saúde das pessoas internadas.³⁰ Uma das grandes preocupações desses atores, com relação ao cuidado em CTs, advinha das denúncias sobre violações de direitos nessas instituições identificadas em inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público e Mecanismo Nacional de Prevenção da Tortura, do Ministério da Justiça (CFP, 2011).

Essa mesma liminar foi derrubada mais de um ano depois pelo Tribunal Federal da 3ª Região (São Paulo), e o julgamento final da ação foi concluído em 19 de junho de 2018, mantendo a validade da Resolução CONAD nº 1/2015.

Durante o curso dessa batalha judicial, o governo federal brasileiro mudaria de mãos, em função do *impeachment* sofrido pela então presidente da República, em maio de 2016. Essa mudança favoreceu o fortalecimento político dos grupos contrários à política de saúde mental em vigor, e as novas autoridades, desde logo, anunciaram seu propósito de realizar uma reforma da reforma psiquiátrica vigente desde 2001 (Laranjeira, 2017). Entre as medidas tomadas nessa direção, destacam-se a revisão das diretrizes do MS sobre internações psiquiátricas hospitalares e a primazia da abstinência como estratégia de cuidado a usuários de drogas.

No que se refere às internações psiquiátricas hospitalares, a política de saúde mental, desde 2001, previa a crescente desativação dos leitos em hospitais psiquiátricos e a concentração dos cuidados em serviços abertos, tais como os centros

30. Considerações técnicas da PBPD acerca da Resolução nº 1/2015 do CONAD. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2018/06/PBPD_CT.pdf>.

de atenção psicossocial. Nos casos em que a internação fosse indispensável,³¹ ela deveria ser de curta permanência (por até três meses), em hospitais gerais. Nesse sentido, a portaria do MS que institucionalizou a RAPS, em 2011, não previu a participação dos hospitais psiquiátricos nessa rede.³² Não obstante, em dezembro de 2017, a nova equipe do MS aprovaria resolução na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), incluindo novamente esses hospitais como “ponto de atenção da RAPS”.³³

Além disso, desde 2009, o MS escalonara o valor das diárias, pagas à rede privada de hospitais psiquiátricos, em valores inversamente proporcionais à quantidade de leitos existentes neles. Assim, hospitais menores (com menos de quatrocentos leitos) recebiam valores maiores do que aqueles com mais de quatrocentos leitos. O objetivo dessa medida era reduzir as longas internações em hospitais psiquiátricos de grande porte, a fim de que estes não se convertessem em novos grandes manicômios, como os que havia no passado.³⁴

Em reação a essa política, a nova gestão do MS, iniciada após o *impeachment* de 2016, decidiu, em 2018, reajustar em 60% o valor das diárias hospitalares, tanto para internações psiquiátricas por períodos superiores a noventa dias quanto para reinternações ocorridas após menos de trinta dias da alta.³⁵ Essa medida configura-se como claro estímulo às longas e sucessivas internações, na contramão do que vinha sendo feito até então.

O CONAD, por sua vez, agora com alguns novos integrantes indicados pelo governo que se iniciava, baixaria uma nova resolução em março de 2018 (Resolução nº 1/2018),³⁶ determinando a primazia da promoção da abstinência como estratégia de cuidado a usuários de drogas (art. 1º, III) – em franca contradição com as premissas da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, de 2003 (Brasil, 2003).

O avanço dessa agenda de (contra) reformas das políticas de saúde mental – nelas incluídas as estratégias de atenção a usuários de drogas – impõe grandes preocupações. Primeiramente, porque as medidas adotadas propiciam a retomada das internações de longa permanência, tecnologia de cuidado já amplamente criticada e superada pela comunidade internacional, inclusive a OMS. No tocante

31. Caso em que o portador de sofrimento psíquico coloque em risco a própria vida ou a vida de terceiros. Ver Brasil (2001).

32. Ver Brasil (2011).

33. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx>.

34. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>>. Entre os grandes manicômios do passado, de triste memória, destacam-se a Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, o Juqueri, em São Paulo, e a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Em seus áureos tempos, esta última chegou a abrigar 6 mil pacientes.

35. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>>.

36. Para mais informações, ver Brasil (2018).

especificamente aos cuidados a usuários de drogas, cabe registrar que não há base científica para se afirmar que as estratégias de promoção da abstinência sejam superiores, em termos de eficácia, que quaisquer outras.

A literatura científica internacional não é conclusiva no que diz respeito à superioridade de qualquer modelo de cuidado a usuários de drogas sobre outros. Estudos clínicos indicam que as taxas médias de recaída (interrupção da abstinência), após um ano de finalização de qualquer tipo de tratamento para o uso problemático de drogas, estão na faixa de 60% a 70%. O percentual pode variar de uma droga para outra, mas permanece sempre dentro desse intervalo (Silverman *et al.*, 2002).³⁷ Atenta a esses achados, a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), vinculada à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), recomenda que os estados: garantam uma oferta ampla e plural de modelos de tratamento; realizem avaliações sistemáticas sobre os resultados de cada um; e favoreçam as pesquisas e os ensaios científicos para o seu aperfeiçoamento (CICAD e OPAS, 1999). Especificamente quanto às CTs, os estudos também não têm demonstrado que a efetividade de seu modelo de cuidado seja maior que a dos demais (Smith, Gates e Foxcroft, 2006; Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Outro ponto a ser considerado é que muitas pessoas que buscam tratamento para o uso problemático de álcool e outras drogas o fazem mais de uma vez durante a vida, dados os vários episódios de recaída que experimentam, conforme identificado pelas pesquisas. Nesse percurso, recorrem às mais diversas modalidades de atenção, sejam elas pautadas ou não pela internação, abstinência e/ou lógica da RD. Sua escolha tende a ser quase sempre condicionada pela efetiva disponibilidade dos serviços no momento da busca e por sua percepção, em cada circunstância, sobre que serviço pode melhor atender às suas demandas imediatas.³⁸ Assim sendo – e dando o devido crédito às evidências científicas que demonstram não haver tratamento que seja universalmente eficaz e infalível –, a pluralidade na oferta de modelos de cuidado é essencial.

É crucial que cada modelo e cada estratégia, por sua vez, sejam sistematicamente monitorados e avaliados pelas autoridades sanitárias. Do mesmo modo, é indispensável que os serviços prestados à população – sejam eles providos diretamente pelo poder público ou por organizações da sociedade civil, como as CTs – submetam-se à fiscalização regular e frequente pelos diversos órgãos do Estado competentes para tanto – o Ministério Público, os conselhos profissionais, os conselhos participativos de políticas públicas, entre outros. Para isso, regras claras e abrangentes precisam ser instituídas.

Como venho argumentando ao longo deste texto, a disputa em torno dos modelos de cuidado a usuários de álcool e drogas está associada a divergências mais

37. Esta taxa foi extraída de um conjunto de estudos, configurando-se, assim, numa média das médias. Ver Silverman *et al.* (2002).

38. Esta informação se baseia nos primeiros dados de pesquisa que estamos iniciando junto aos CAPSad do Distrito Federal.

profundas (de natureza científica, moral e política), relativas ao estatuto social das drogas. Há de se reconhecer, contudo, que isso não é uma particularidade do Brasil. Diversos outros países e sociedades têm buscado, e até conseguido, nos últimos anos, organizar o dissenso e promover a convivência entre as distintas perspectivas sobre esse tema. O sucesso dessa linha de ação, no entanto, depende da disposição dos atores para a negociação e, fundamentalmente, do compromisso do Estado e de seus agentes, no sentido de resistirem a apelos demagógicos e a pressões autoritárias.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. **Quem tem medo de falar sobre drogas?:** saber mais para se proteger. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: APA; Artmed, 2014.

BERK, L. R. Temperance and prohibition era propaganda: a study in rhetoric. **Alcohol, Temperance & Prohibition**, 2004. Disponível em: <<https://library.brown.edu/cds/temperance/essay.html>>.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: CONGRESSO DE PSICOPATOLOGIA INFANTO-JUVENIL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA, 2., 1976, Rio de Janeiro. **Relatórios...** Rio de Janeiro: APPIA, 1976.

BOURDIEU, P. **Outline of a theory of practice.** London: Cambridge University Press, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Politica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten---o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>>.

_____. Lei nº 11.343 de, 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 24 ago. 2006. Seção 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 59, 30 dez. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

_____. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, n. 165, p. 51, 28 ago. 2015. Seção 1. Disponível em: <https://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx>.

_____. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 49, p. 128, 13 mar. 2018. Seção 1. Disponível em: <<http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/resolucaonad1>>.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000200008>>.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. **Caderno do redutor e da redutora de danos**. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei, 2015. Disponível em: <http://edelei.org/_img/_banco_imagens/caderno-redutor-danos.pdf>.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

CICAD – COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS; OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas**: una experiencia en las Américas. [s.l.]: CICAD; OPAS, 1999. Disponível em: <http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/pa/Doc%2027%20-%20Normas%20m%C3%ADnimas%20OEA.pdf>.

ESCOHATADO, A. **O livro das drogas**: usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Editora Dynamis, 1997.

FERREIRA, I. F. R. **Crack**: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FIORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

JUCÁ, V. J. S. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 771-779, 2005.

KURLANDER, P. A. 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, p. 569-580, 2014.

LARANJEIRA, R. A segunda reforma psiquiátrica. **Folha de São Paulo**, 24 dez. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/12/1945632-a-segunda-reforma-psiquiatica.shtml>>.

LEVINE, H. G. The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. **Journal of Studies on Alcohol**, n. 15, 1978.

MANIFESTO de São João del-Rei, Brasil, em prol de uma psicopatologia clínica. **No pé da política**: um blog para a discussão das políticas públicas em saúde mental e educação, 8 ago. 2011. Disponível em: <<http://politicanupep.blogspot.com.br/2011/08/aproveitando-ocasio-da-publicacao.html>>.

MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: MARLATT, G. A. (Org.). **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa e a de “eu”. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosacnaify, 2003. p. 369-397.

NADELMAN, E. *et al.* Verbete harmful reduction. In: LOWINSON, J. H. **Substance abuse** – a comprehensive textbook. Baltimore: Williams e Wilkinz, 1997.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

POLICARPO, F. **O consumo de drogas e seus controles**: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de São Francisco, EUA. Rio de Janeiro: Consequência, 2016.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e ação prática. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVENSTEIN, C. **O destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.

_____. **A droga**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **A clínica do toxicômano**: a falta da falta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

OLIVENSTEIN, C.; PARADA, C. **Droga, adolescentes, sociedade**. São Paulo: Editora Loyola, 2005.

O QUE É redução de danos. **Centro de Convivência É de Lei**, São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <<http://edelei.org/pag/reducao-danos>>.

RUSH, B. **Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind**. New York: Hafner, 1810. Disponível em: <<https://archive.org/stream/medicalinquiries1812rush#page/n7>>.

_____. **The effects of ardent spirit upon man**. New York: Printed for Cornelius Davis, 1811. Disponível em: <<https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuid-2569025R-bk#page/1/mode/thumb>>.

SILVA, V. L. O. Stop DSM! **Iátrico**, n. 32, p. 64-67, 2013. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/iatrico/article/viewFile/387/378>>.

SILVERMAN, K. *et al.* A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and clinical psychopharmacology*. **American Psychological Association**, v. 10, n. 3, p. 228-240, 2002.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 25 jan. 2006.

VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, A. S. V. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, p. 121-132, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773012>>.

VANDERPLASSCHEN, W. *et al.* Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. **The Scientific World Journal**, Egito, 2013.

VARGAS, E. V. **Entre a extensão e a intensidade**: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

VELHO, G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. *In*: VELHO, G. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

WORCMAN, N.; MORGANTI, R. O proibicionismo introjetado. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIDISCIPLINAR DE DROGAS, 6., Belo Horizonte, Minas Gerais. **Anais...** Belo Horizonte: PUC Minas, 2017.

ZINBERG, N. E. **Drug, set and setting**: the basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press, 1984.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Plataforma Brasileira de Política de Drogas celebra luta antimanicomial**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 18 maio 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/outros-eventos/plataforma-brasileira-de-politica-de-drogas-celebra-luta-antimanicomial/17872/>>.

AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 316 p.

CARLINI, E. **I levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1967.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865>.

MANIFESTO por uma psicopatologia clínica não estatística. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 361-372, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000300001&lng=en&nrm=iso>.

ZINBERG, N. E. The social setting as a control mechanism in intoxicant use. *In*: LETTIERI, D. J. *et al.* **Theories in drug abuse: selected contemporary perspectives**. Maryland, United States: NIDA, 1980.

ISOLAMENTO, DISCIPLINA E DESTINO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Marco Antônio Carvalho Natalino

1 INTRODUÇÃO

Seriam as comunidades terapêuticas (CTs) instituições totais? Esta questão tem provocado intenso debate na esfera pública, em particular após a divulgação, em 2011, de relatório de inspeção de 68 unidades, que identifica nas CTs não apenas violações de direitos, mas também “traços e pressupostos” totalizantes (CFP, 2011). Seria esta, contudo, uma caracterização adequada do seu conjunto ou, como argumentam seus defensores, se estaria diante de um tipo distinto: comunidades intencionais de convívio social e espiritual, com adesão e permanência voluntária, voltadas à extinção do comportamento toxicômano?

Infelizmente, nem sempre críticos e defensores aportam argumentos robustos para embasar suas posições. À divergência de concepções de cidadania e autonomia que animam as tomadas de posição pública, sobrepõem-se divergências terapêuticas, com o modelo de regime disciplinar, com isolamento abstinente, praticado pelas CTs sendo questionado fortemente quanto a sua eficácia e seus potenciais efeitos deletérios. Na falta de informações mais gerais e sistemáticas sobre esses espaços, há dificuldade do campo de separar o particular do geral, de distinguir o que é tendência do que é idiosincrasia. E, também, de identificar aquilo que, ainda que raro, é um fenômeno tão importante que não deve ser desprezado. A raridade relevante deve ser considerada não como mera fortuidade, mas como fenômeno dentro do campo do possível e, portanto, pertencente ao rol das características do objeto.

Seria, afinal, essa a situação das CTs com relação aos fenômenos associados às instituições totais? Isto é, seriam as CTs mais bem compreendidas como instituições de cuidado que, em sua organização geral, se configuram como regimes disciplinares de isolamento social, revelando traços observáveis de potencialidade totalizante? E o que se pode dizer de novo sobre as CTs se estes traços se mostrarem não raros, mas frequentes?

Sem uma visão de conjunto, tornam-se mais frágeis não só os termos do debate mas também a qualidade das ações públicas. Até muito recentemente, não existiam pesquisas de grande fôlego e representatividade nacional acerca das CTs, de

sorte que era difícil responder à pergunta e, assim, entender o fenômeno de forma mais global, matizando-o, arguindo sobre a frequência de determinadas práticas, correlacionando atributos institucionais com certas atividades terapêuticas etc.

Com a realização da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), envolvendo tanto enquête quantitativa com representatividade nacional quanto estudos etnográficos em profundidade, essa realidade se altera, abrindo-se a possibilidade de entendermos melhor como funcionam essas instituições. A possibilidade aberta, e que será explorada neste capítulo, é compreender se nas CTs brasileiras observam-se características de instituições totais, no sentido dado originalmente por Goffman (2005), identificando similitudes, divergências e variações entre o tipo teórico e o empírico. E, dada essa compreensão, analisar como se comportam na realidade brasileira atual as tendências, relatadas na literatura desse tipo de instituição, à inadaptação civil pós-isolamento e à conformação do destino social de seus egressos.

Para dar conta desse tema, este texto se divide em quatro seções, incluindo esta introdução. A próxima analisará o conceito de instituição total e a teoria desenvolvida por Goffman para dar conta tanto de seus mecanismos de funcionamento quanto de seus efeitos para a subjetividade daqueles que passam por um processo de socialização secundária em seu interior. Serão abordadas três dimensões centrais do fenômeno: *i*) indistinção entre espaço público e privado; *ii*) isolamento do mundo exterior; e *iii*) controle social dos institucionalizados por um corpo administrativo. Além disso, discute-se a variabilidade de situações abarcadas em termos de rigidez hierárquica, modo de recrutamento e intensidade da mudança psicossocial pretendida, e como essas variações implicam consequências particulares para a reconstituição subjetiva do interno. A seção se encerra com uma análise dos principais efeitos atribuídos às instituições totais, como a inadaptação à vida civil e a reincidência, relacionando-os à discussão sobre a eficácia e a legitimação pública de organizações voltadas à reabilitação de seus acolhidos. A seção 3 descreve os resultados da pesquisa do Ipea, a partir de um quadro de indicadores montado para captar as dimensões gerais, as fontes de variabilidade e os efeitos das CTs. A seção final interpreta os resultados e apresenta as conclusões do estudo.

2 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS

O conceito de instituição total e a teoria elaborada para compreender esse tipo particular de organização humana foram desenvolvidos pelo sociólogo Erving Goffman. Baseada em longa pesquisa etnográfica em uma instituição psiquiátrica, ela é acrescida de observações breves em enfermarias e de uma extensa análise de monografias e relatos de primeira mão, relativos a agrupamentos humanos definidos como:

locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 2005, p. 11).

Os elementos centrais das instituições totais, e que separam estas de outros tipos de organização social, podem ser sintetizados em três dimensões.

Primeiro, há uma indistinção entre a esfera privada e a pública, que são fundidas em uma única arena de sociabilidade, ao mesmo tempo doméstica e visível a todos. Esse é o aspecto “comunitário” do fenômeno, em que as interações sociais da vida cotidiana se fazem de forma reiterada no espaço do observável (e vigiável). Ali se compartilham os locais de descanso, da alimentação, da higiene, do lazer e do afeto com os demais internos. Essa visibilidade de aspectos da vida, que geralmente identificamos como pertencentes à esfera privada, age como mecanismo de bloqueio da intimidade e dos processos de individuação. Se pensamos em um eixo em que num dos polos se encontra a indistinção e no outro a individuação, as instituições totais estão marcadamente próximas do primeiro. Essa indistinção entre esferas da vida é comum a esse tipo de instituições e às comunidades tradicionais. Instituições totais formam, sempre, comunidades, mas de um tipo específico, em que o sentido de “estar dentro” não existe independentemente do “ir para fora”; são comunidades temporárias (Goffman, 2005, p. 11).

Já o bloqueio à individuação se manifesta como uma semelhança situacional entre os membros, formada já como identidade de entrada – “aluno”, “recruta”, “detento”, “louco”, “toxicômano” etc. Essa identificação é, por sua vez, diretamente relacionada ao objetivo professado da instituição total, seja ele econômico, educacional, médico-psiquiátrico, religioso ou protetivo. Assim, por exemplo, um manicômio objetiva a cura, sendo a identidade de “louco” seu par; no colégio interno, o objetivo educacional forma um par com a identidade de aluno. Essa identificação ou “etiquetamento” (Becker, 2008), por sua vez, legitima, aos olhos do corpo dirigente, a criação de dispositivos institucionais de equalização das condições dos internos, os quais são desapropriados das suas outras identidades “de fora”. Aos efeitos subjetivos deste processo institucional sobre os internos, Goffman dá a alcunha de “mortificação do eu” (Goffman, 2005, p. 24-49).

Entre os principais dispositivos de desapropriação da identidade pessoal e de limitação das liberdades individuais – gerando, no dizer de Goffman (2005, p. 24-77), uma “morte civil” – vale citar a definição de vestuário e cortes de cabelo comuns aos internos; o confisco de objetos pessoais; a proibição do uso do dinheiro, da assinatura de documentos, da posse das chaves dos dormitórios, da possibilidade de escolha na alimentação e no consumo em geral; a participação obrigatória em atividades coletivas; o uso compulsório de certos medicamentos; e até mesmo a limitação da capacidade de expressar-se livremente por meio de palavras ou gestos. O risco dessa

conexão entre o alcance de objetivos manifestos e a desapropriação identitária é, no limite, levar à “tirania de uma busca difusa de tais objetivos”, em que o exercício da autoridade sobre os internos pode se transformar numa “caça às bruxas”.

Segundo, nas instituições totais, fomenta-se o isolamento do mundo. Comunidades variam conforme seu grau de permeabilidade ao mundo exterior. As chamadas comunidades intencionais (Hechter, 1990), que compartilham com as instituições totais as características de projeto e de ascese, tendem também a criar barreiras de contato com o mundo exterior, como o isolamento geográfico e outras restrições à relação dos internos com membros externos ao grupo, incluindo familiares e amigos da “vida progressa”. Ainda assim, há sempre alguma permeabilidade nos contatos com o mundo exterior, com a vida civil. As comunicações com os de fora não são tão restritas, a filiação e a desfiliação são relativamente voluntárias. Já no caso das instituições totais, o eixo fechamento-permeabilidade é, de um ponto de vista conceitual, marcadamente vinculado ao primeiro polo.

As instituições totais são, portanto, locais onde se leva uma vida fechada (Goffman, 2005, p. 11). São estabelecidos limites à comunicação com os de fora e mesmo o recebimento de informações do mundo exterior via meios de comunicação (*op. cit.*, p. 44). Regras rígidas regulam a saída, bem como o recebimento de visitas (*op. cit.*, p. 24). O próprio isolamento físico do espaço e o confisco da propriedade pessoal (*op. cit.*, p. 74) colocam limites de ordem prática ao abandono, e providências são estabelecidas para os casos de fuga (*op. cit.*, p. 75 e p. 157). Nas pontas temporais do fechamento institucional, o recrutamento pode envolver coerção (*op. cit.*, p. 288); a entrada, um período de isolamento inicial intenso (*op. cit.*, p. 67-69); e a saída, um sentimento de ansiedade do retorno ao mundo civil (*idem*, *ibidem*). Essa coerção pode ser exercida juridicamente, em nome de saberes criminológicos, psiquiátricos, psicológicos ou assistenciais, mas pode também advir de outros espaços de controle social, como as famílias, as igrejas e as escolas.

Terceiro, no cotidiano das instituições totais, a totalidade da vida dos seus membros é administrada por agentes que não fazem parte dessa comunidade fechada, e sobre ela exerce autoridade. Assim, no tipo mais “puro” de instituição total, os manicômios, a vida dos internos é submetida à vigilância e ao controle quase completo por uma equipe dirigente, ou um corpo burocrático. Esse controle é facilitado pelo embotamento do espaço privado e pela impermeabilidade ao mundo exterior, de modo que as três dimensões devem ser entendidas como partes constitutivas de um mesmo fenômeno. Em suma, nas instituições totais a indistinção identitária e os limites à comunicação com o mundo exterior – com o decorrente enfraquecimento ou mesmo rompimento de laços sociais externos – coadunam-se com a capacidade de administração da vida dos acolhidos (Goffman, 2005, p. 74). Essa administração se exerce por meio de um regime disciplinar

próprio, rígido, amiúde ascético, em que a prática racionalizada de renúncia ao prazer e à socialização extramuros é entendida oficialmente como mecanismo de reforma (ou cura) da subjetividade (*op. cit.*, p. 70).

3 VARIAÇÕES E EFEITOS DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS

Conventos, grupos de escoteiros, acampamentos de caça, colônias de férias, prisões, campos de concentração e de prisioneiros de guerra, quartéis, navios, asilos, colégios internos e unidades manicomiais se enquadram, em maior ou menor grau, dentro do conceito de instituição total. Poderíamos, ainda, acrescentar, como exemplos históricos, aquelas unidades surgidas no início da era Clássica, que Foucault denominou como “a grande internação”, como os grandes hospitais e as casas de pobreza dos séculos XVI-XIX (Foucault, 1978; Swaan, 1988).

Esses casos concretos ilustram como o conceito deve ser entendido: como uma família de atributos semelhantes, que se observam de forma intensa nessas organizações, mas cuja intensidade e mesmo a presença de cada atributo é particular a cada caso. Em outras palavras, o conceito de instituição total nos auxilia a entender uma realidade concreta a partir de suas semelhanças com outros casos, mas não dispensa a investigação das particularidades de cada situação. É interessante que a edição brasileira da obra traduza seu título como *Manicômios, Prisões e Conventos*. A citação de três tipos institucionais que se enquadram no conceito geral serve para demonstrar a amplitude do termo e também a variabilidade interna que lhe é inerente. Goffman (2005, p. 16-17) cita a existência de, no mínimo, cinco tipos de instituições totais criadas para: *i)* cuidar de “incapazes” não perigosos (órfãos, idosos, indigentes); *ii)* vigiar “incapazes” considerados não intencionalmente perigosos (manicômios, leprosários); *iii)* proteger a sociedade de riscos intencionais, onde o bem-estar dos internos não é preocupação fundante (penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra); *iv)* realizar trabalhos específicos (quartéis, navios); e *v)* servir como refúgio do mundo e espaço de formação em uma nova vida (mosteiros, conventos e outros claustros).

Uma variação importante é o tipo de saber que legitima a autoridade da equipe dirigente – um sistema de *expertise* (Giddens, 1991, p. 180) que inspira os saberes e as práticas da equipe dirigente em sua administração dos internos. No caso dos conventos, por exemplo, o saber é de tipo espiritual-religioso; nos manicômios, de tipo médico-psiquiátrico; nas prisões, criminológico-retributivo. Esses saberes dão tonalidades muito distintas a cada instituição: no primeiro caso, a pertença à comunidade é vista como oportunidade de cumprimento dos desígnios divinos e, também, oportunidade de afastamento monástico dos pecados mundanos; no segundo, como necessidade de cuidado especializado para tratamento da doença psíquica e, também, de afastamento do louco do mundo dos sãos; no terceiro, é

como uma obrigação moral de retribuição, punição devida pelo crime cometido e pelo afastamento do risco social representado pelo encarcerado.

O grau de fechamento para o mundo exterior e a intensidade da “intromissão” na vida psíquica do interno também variam consideravelmente. Assim, o tipo de mudança pretendida na vida do sujeito (cura, salvação, ressocialização, simples confinamento) engendra formas distintas de lidar com o “eu” do interno. Nas instituições totais voltadas apenas para a realização de um trabalho, como os navios e os quartéis, por exemplo, “o estado de ânimo e os sentimentos íntimos (...) parecem não ser uma preocupação oficial” (Goffman, 2005). Em outras, como mosteiros e manicômios, a mudança da identidade é o objetivo central, gerando um regime de estratificação e condicionando o destino social dos egressos. A estratificação social nem sempre se resume a internos e corpo dirigente. Em mosteiros e quartéis, por exemplo, noviços e praças ingressam em uma carreira, com destino social projetado. Oferece-se um horizonte de vida, interno à própria instituição, ou ao menos conectado a ela, que se coloca como alternativa intermediária entre a internação provisória, reformadora do “eu”, e a internação perene àqueles que se mostram “incuráveis” reincidentes. Trata-se da questão do destino social da instituição total, isto é, das trajetórias de vida pós-internação que esta proporciona.

O destino social remete aos efeitos do etiquetamento e da institucionalização (Goffman, 2005, p. 107-113). Em particular, o fenômeno da reincidência, ou do retorno à instituição, é um elemento-chave, por seu caráter ao mesmo tempo diagnóstico e avaliativo, tendo tido enorme influência no debate público. Uma lógica perversa das instituições totais, mais claramente percebida no caso dos manicômios e das prisões, é que a internalização de suas regras, isto é, a “boa” socialização/adaptação naquele espaço, não se relaciona necessariamente com a aquisição de disposições para o agir social adequadas ao mundo externo. A aprendizagem social pode, assim, se fazer *pari passu* com a inadaptação ao mundo civil. Em suma, se “alguns não aceitam uma entidade social a que pertencem”, outros “podem aceitar excessivamente” e, no limite, recusarem-se mesmo a sair (*op. cit.*, p. 162-163).

4 LEGITIMAÇÃO, EFICÁCIA E REINCIDÊNCIA

Retomemos a questão dos saberes que legitimam as práticas dessas instituições. No caso das CTs, não sendo estas organizações dedicadas – pelo menos explicitamente –¹ a punir criminalmente o uso de drogas, nem a afastar do convívio social aqueles que abusam de substâncias psicoativas, fica a questão de como compreendê-las nesse quadro. Um saber por elas articulado, na maioria dos casos, é de tipo religioso, expiação dos pecados e busca da ascese espiritual.² Só que essa justificativa encontra

1. Para uma discussão mais completa sobre essa questão, ver o capítulo 9 deste livro.

2. De fato, 96% das CTs indicam a espiritualidade como prática terapêutica.

apoio circunscrito às comunidades de crença. Sem entrar aqui na longa discussão da relação entre Estado e religião, das suas metamorfoses recentes no Brasil e no mundo, e da relativa reversão de um longo processo de laicização das principais esferas da vida social moderna, segue sendo verdade que justificativas religiosas (mas não, esclareça-se, instituições religiosas) encontram barreiras bastante concretas, inclusive de ordem jurídica, a constituírem-se como fontes de legitimação pública de ações que são, ou de provisão direta do Estado ou, ao menos, sujeitas à sua regulação.

A outra matriz de justificação das CTs é mais comum no discurso público: sua eficácia em ressocializar sujeitos. Isto é, independentemente da questão religiosa, o efeito terapêutico esperado da passagem dos indivíduos pelas CTs – a cura da situação de drogadição, com todas suas consequências para a vida dele e a de sua rede de relações – é o que justifica sua existência. A oferta, por organizações da sociedade civil, de um local de recolhimento do mundo, onde a pessoa que sofre de problemas ligados ao uso abusivo de drogas possa se afastar dos espaços que alimentam sua compulsão e contar com um apoio profissional para superar a circunstância causadora do sofrimento, seria um bem público e, assim, deveria ser não apenas aceita, mas, inclusive, apoiada pelas agências governamentais responsáveis. De fato, é assim que, para todos os efeitos, as CTs são, *de jure*, compreendidas hoje no Brasil: organizações sociais, de missão caritativa ou filantrópica,³ que cumprem, com base em fontes de financiamento públicas e privadas, um papel social, de oferta de um serviço de interesse público e das pessoas que dele necessitam.⁴

Aqui temos, entretanto, uma questão crucial, e sobre a qual buscaremos lançar alguma luz. Se, de fato, as CTs se assemelharem a instituições totais, elas podem exercer sobre os indivíduos efeitos de incorporação de normas adequadas ao convívio intramuros, sem que estes efeitos se mostrem duradouros, quando da volta dos egressos ao convívio social mais amplo. Dito de outra forma: quando retirada do seu contexto biopsicossocial originário, a pessoa pode se manter abstinente. Mas, retomado o contato com seu contexto social de origem, recolocada a disponibilidade do objeto da adicção e retirado o suporte terapêutico (amiúde medicamentoso), a pessoa reincide. A inadaptação à vida civil, a ineficiência terapêutica e a reincidência encontram-se, assim, estreitamente ligadas. Sendo as instituições totais “estufas de mudança forçada

3. A distinção se refere à diferença jurídica, estabelecida desde o império, entre instituições cristãs motivadas pelo princípio da *caritas* e instituições leigas, às quais se alcunhou como dotadas de amor pela humanidade (*philos + anthros*). No caso das CTs, tem-se que a maioria dos seus dirigentes informa ter, simultaneamente, motivações religiosas e humanistas, independentemente de religião (Viscardi, 2008).

4. O entendimento de que as CTs ofertam um bem público é, de fato, bastante disseminado entre as autoridades governamentais. Nada menos que 86% delas possuem alguma forma de certificação, tipicamente municipal, seja de utilidade pública e/ou de entidade beneficente, o que resulta em isenções fiscais e acesso privilegiado ao financiamento estatal; muitas delas são, ainda, financiadas pelo poder público, novamente se configurando a esfera municipal como principal fonte. É provável que essa diferença entre as esferas de governo reflita a baixa intensidade regulatória do governo federal nessa área *vis-à-vis* a profusão de soluções locais de reconhecimento jurídico, cooperação, regulação e financiamento.

da identidade” (Goffman, 2005), é exatamente quando o aprendizado institucional se consolida, sendo introjetado como forma de autocontrole e cuidado de si, que o retorno ao mundo civil se efetiva. A ansiedade do retorno, sentimento comum durante a desinstitucionalização, está ligada ao abandono de um espaço administrado e à reentrada social, no mais baixo *status*: o interno “pode descobrir que a liberação significa passar do topo de um pequeno mundo para o ponto mais baixo de um mundo grande” (Goffman, 2005, p. 68).

5 O CASO DAS CTs BRASILEIRAS – ANÁLISE DOS DADOS

Esta seção apresenta e analisa, a partir do quadro conceitual exposto, um conjunto de indicadores advindos da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017). O objetivo é observar a incidência de fenômenos típicos de instituições totais entre essas organizações e, assim, qualificar a resposta à questão levantada no início (seriam as CTs instituições totais?). Os dados foram tabulados com foco em cinco dimensões fundamentais: indistinção entre o público e o privado; isolamento social; regime disciplinar; modo de recrutamento; e destino social dos egressos. O quadro 1 apresenta os indicadores selecionados por dimensão.

QUADRO 1

Dimensões analíticas e indicadores de totalização das CTs

Dimensão	Indicadores
Indistinção entre público e privado	- Incidência de dormitórios coletivos, refeitórios e outros espaços arquitetônicos comunitários - Incidência de atividades coletivas rotineiras como reuniões, oficinas e cultos
Isolamento social	- Isolamento espacial/geográfico - Restrições à informação e à comunicação com o mundo exterior - Restrições a visitas - Grau de cooperação com outras instituições - Retenção de documentos - Regras de isolamento inicial
Regime disciplinar	- Formas de organização do regime de tratamento - Atividades compulsórias - Proibições - Sanções por descumprimento de regras
Modo de recrutamento	- Formas de recrutamento dos acolhidos
Destino social dos egressos	- Incidência de conclusão, abandono e retorno ao tratamento - Manutenção de vínculos de ex-internos com a instituição

Elaboração do autor.

5.1 Indistinção entre público e privado

Uma primeira forma de indistinção entre a esfera pública e o mundo privado, e, ato contínuo, de construção de laços comunitários, é o local de repouso. Os dormitórios coletivos representam 86% dos 18.627 quartos disponíveis em CTs no Brasil; em termos de leitos, eles representam aproximadamente 95%. Essa predominância dos espaços de dormir compartilhados sobre os aposentos individuais, para além de razões de economia

de escala, é afinada com a construção de um ambiente comunitário onde o espaço da “casa” e o da “rua” (Da Matta, 1979) se fundem em um único ambiente social, de tipo institucional autárquico. Essa fusão se repete, ainda: *i*) na esfera da alimentação, já que praticamente todas as CTs (99%) possuem cozinha e refeitório; *ii*) na esfera do lazer e das atividades corporais, em que a tendência é a existência de salas coletivas de televisão (97%), de convivência (90%) e multiuso (92%), além de serem frequentes os campos de futebol (88%) e as academias de ginástica (62,5%); *iii*) na esfera religiosa, já que 80% contam com templo ou local para orações; *iv*) na esfera cultural, em que 66% possuem bibliotecas e 59% salas de aula; e, finalmente, *v*) na esfera da saúde, em que é comum encontrar consultórios psicológicos (86%) e médicos (67%).

TABELA 1
Espaços arquitetônicos comunitários típicos de CTs
(Em %)

Característica arquitetônica	Incidência
Cozinha coletiva	99
Sala de convivência coletiva ¹	99
Proporção de leitos em quartos coletivos	95
Templo ou local para orações	80
Biblioteca	66
Sala de aula	59

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.
Nota: ¹ Incluindo salas multiuso e de televisão.

Em suma, a CT típica é um espaço arquitetônico projetado para que todas as esferas da vida, incluindo o descanso e os momentos de lazer, sejam compartilhadas. Esse comunitarismo autárquico, que se estende à espiritualidade, à cultura e aos cuidados de saúde, torna-se ainda mais claro quando passamos da organização do espaço às atividades efetivamente realizadas em conjunto, como parte da rotina diária dos acolhidos. Nesse quesito, limpeza e organização (95%), atendimento a palestras diversas (94%), trabalhos de cozinha (89%), orações e cultos (88%) e leitura da bíblia (89%) se destacam pela forma generalizada com que ocorrem. Atividades ligadas ao mundo do trabalho, como agricultura e pecuária (70%), construção civil (40,7%), produção de pães e doces (55%) e qualificação profissional (45,8%) também fazem parte da rotina. Ainda, encontros terapêuticos, como as reuniões de sentimentos (82%), atendimento psicoterápico em grupo (82%), reuniões sobre os Doze Passos (70%) ou grupos de Amor Exigente (42,5%) também compõem o cotidiano das CTs. Atividades físicas e desportivas (91%), oficinas de música (50%), literatura (37%), dança (6%), artesanato (64,5%) e reciclagem (25%) completam o quadro, como variações de um modo de vida comunitária nestes espaços. A tabela 2 apresenta as atividades coletivas rotineiras, separadas em grandes categorias.

TABELA 2
Atividades coletivas rotineiras em CTs
(Em %)

Atividade coletiva	Incidência
Limpeza, organização e/ou preparação de alimentos	98
Orações, cultos e/ou leitura da Bíblia	96
Atividades físicas e esportivas	93
Grupos de ajuda (sentimentos, Doze Passos e/ou Amor Exigente)	91
Psicoterapia em grupo	86
Atividades produtivas (agricultura, construção e/ou venda de mercadorias)	82
Oficinas de arte e cultura	66
Educação (regular ou profissional)	58

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

No que se refere à indistinção entre a esfera pública e a privada, fica claro que as CTs apresentam características típicas de instituições totais. Porém, embora indicativo da ocorrência de processos institucionais totalizantes, esse tipo de vida comunitária autárquica não é condição suficiente para caracterizar uma instituição total. É necessário analisarmos outras dimensões do fenômeno.

5.2 Isolamento social

Uma das formas de se “fechar” uma comunidade, tornando-a menos porosa para contatos com o exterior, é isolá-la geograficamente. Assim, embora 88% da população brasileira viva no meio urbano – e que seja nesse espaço que o uso abusivo de drogas se coloque de forma mais dramática –, é muito significativo que 74% das CTs se encontrem na área rural. Aponta na mesma direção o tamanho dos terrenos: metade das vagas disponíveis se concentra em comunidades com um hectare ou mais; e apenas 15% estão em terrenos com menos de 1 mil metros quadrados.

Ainda que o isolamento geográfico sirva como forte desestímulo tanto à visitação quanto à saída dos acolhidos, são as regras de contato com o mundo externo que de fato determinam o grau de (im)permeabilidade da comunidade em relação à sociedade civil de forma geral e, especificamente, às redes de sociabilidade que os acolhidos mantêm além-muros. O esgarçamento e a regulação dessas redes criam, nas palavras de Goffman (2005), “um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional”, tensão esta que é utilizada estrategicamente como forma de controle.

Não por acaso, é no momento liminar da entrada na CT que se faz mais forte a necessidade de separação dos mundos. Assim, apenas 35% das CTs permitem visitas familiares desde o início do tratamento; as demais estabelecem regras temporais e, por vezes, de participação em atividades preparatórias. É nesse momento de

entrada, também, que os recém-chegados são despojados de seus documentos pessoais, prática verificada em 85% dos casos. Essa medida limita a possibilidade de abandono unilateral do tratamento, e exerce efeito simbólico bastante significativo, de “mortificação” do eu anterior. Adicionalmente, há que se considerar o fechamento das CTs para com as famílias e os acolhidos, no que tange ao tratamento em si: em 48% das instituições, o acolhido não participa da elaboração do seu próprio plano de tratamento; as famílias, por sua vez, têm participação em 59% dos casos.

Após esse período de isolamento inicial, as visitas são fortemente reguladas, ocorrendo em datas previamente combinadas (em geral, quinzenais ou mensais), ou mesmo, em alguns casos, são simplesmente proibidas. Apenas 5% das CTs permitem visitas a qualquer momento. Uma parte impede, ainda, qualquer contato com amigos (17%) e namorados(as) (11%). Aliás, no que tange à vida afetiva, o isolamento assume um claro viés de separação sexual: 84% das CTs só aceitam homens e 6% só aceitam mulheres; 99% proíbem relações sexuais entre os acolhidos e 94% proíbem relações sexuais mesmo com esposos(as) ou companheiros(as). Soma-se a esse impedimento das interações face a face com os “de fora” uma forte limitação às interações mediadas e à informação em geral: 91% das CTs não permitem que os acolhidos usem celular pessoal ou de visitantes; e 86% não permitem acesso à internet. Algumas CTs proíbem, ainda, o acesso a televisão (7%),⁵ livros, revistas e jornais de preferência (39%).

TABELA 3
Indicadores de isolamento social em CTs
(Em %)

Tipo de isolamento	Indicador	Incidência
Restrições à informação e comunicação com o mundo exterior	Proibição de uso de celular pessoal ou de visitantes	91
	Proibição de uso de internet	86
	Restrição de horários de visitas	95
Restrições a contatos face a face com os “de fora”	Proibição de relação sexual com esposos(as) ou companheiros(as)	94
	Proibição de contato com amigos	17
	Proibição de contato com namorados(as)	11
Retenção de documentos	Retenção de documentos pessoais	85
Isolamento geográfico	Localização em área rural	74
	Vagas disponíveis em terrenos com um hectare ou mais	50
Isolamento inicial	Proibição de visitas familiares no início do tratamento	65

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

5. A pesquisa etnográfica revelou que o uso da televisão, ainda que geralmente permitido, é fortemente regulado quanto à programação.

Para além do isolamento geográfico e das regras impostas ao contato com o mundo civil, outro indicador de fechamento é a falta de articulação com outras instituições. Mais de 20% das CTs não mantêm qualquer tipo de cooperação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nem mesmo com os especializados em álcool e drogas (CAPS AD); o mesmo ocorre com os principais equipamentos públicos da assistência social, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). De fato, a CT típica não mantém cooperação muito frequente com nenhum desses equipamentos. Apenas os postos de saúde e as instituições religiosas são parceiros muito frequentes para a maioria das CTs.

TABELA 4

Percepção de intensidade da cooperação das CTs com instituições selecionadas
(Em %)

Instituição	Muita intensidade	Pouca intensidade	Nunca
CAPS	34	43	24
CAPS AD	40	38	23
Posto de saúde	56	36	9
Instituições religiosas	55	35	11
Hospital público	42	46	12
CRAS	35	45	21
Delegacias	10	52	38
Escolas e cursos	35	45	21
CREAS	31	46	24
Justiça	25	60	17

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

Observa-se, assim, que as CTs se caracterizam como instituições que atuam ativamente no bloqueio do contato dos internos com o mundo exterior. Esse bloqueio se verifica já nas características geográficas do espaço, geralmente isolado; passa por um conjunto de restrições à interação, face a face ou mediada, do acolhido com suas redes de sociabilidade; incorpora proibições de acesso a canais de informação e comunicação típicos da vida contemporânea; e não alcança, em alguns casos, a cooperação com outras instituições, como os centros públicos de assistência social (CRAS e CREAS) e de atenção psicossocial (CAPS, CAPS AD). Observamos, também, certa variação no grau de isolamento, o que nos impede de conceber as CTs como um bloco monolítico: o isolamento dos contatos familiares, no início do tratamento, não é uma característica geral, e algumas instituições são mais abertas à comunicação mediada (celulares e internet). Ainda, o grau de cooperação com instituições públicas é bastante variável,⁶ e a proibição total de contato com amigos e namorado(a)s é rara.

6. Sobre uma discussão a respeito desse ponto, ver o capítulo 7 deste livro.

5.3 Regime disciplinar

Para que possamos considerar as CTs como instituições totais, as primeiras devem funcionar como um dispositivo disciplinar que – em ambiente fechado ao mundo externo e, internamente, sem distinção entre esfera pública e privada – administra a vida dos pacientes por meio de uma equipe dirigente, com poder de não apenas estabelecer regras de convivência, mas também de aplicar sanções aos infratores. Até o momento, buscamos indicar como, no que se refere à indistinção de esferas e ao isolamento social, as CTs, apesar de suas variações, se enquadram no conceito. Analisemos agora a questão da disciplina, ou, mais propriamente, da administração da vida dos internos pela equipe dirigente.

Tipicamente, as CTs organizam o tratamento ofertado por meio de um regime disciplinar planejado e aplicável a todos (86%), sendo comum que esse tratamento seja organizado em etapas (62,6%) e contenha, também, um plano individualizado para cada acolhido (60%). As etapas são particularmente interessantes, pois revelam uma racionalização do corpo de conhecimentos e práticas aplicadas pelas CTs, em uma linha sequencial, em que a mortificação do eu usuário abusivo de drogas e a reconstrução da identidade do acolhido são expostas. Desse modo, as variações, a depender dos métodos empregados (Doze Passos, Amor Exigente etc.) e dos campos de conhecimento articulados (principalmente a psicologia e a religião), pode-se dividir o período de internação em três etapas principais: entrada, tratamento e ressocialização.⁷

O período da entrada é crucial: é nesse momento que se realiza a desintoxicação, que se controlam os efeitos da abstinência e que se aprendem as regras e a rotina do espaço. O aprendizado em si é, amiúde, compreendido tanto como um processo de conscientização do indivíduo sobre o seu problema quanto de adesão à metodologia de trabalho e adaptação às regras. De fato, é difícil separar esses três fatores. Em último caso, o engajamento na nova disciplina diária e a aceitação da vida comunitária e do isolamento do mundo externo não são muito distintos da tomada de consciência inicial, esperada pela equipe dirigente.

O tratamento, por sua vez, envolve a participação nas atividades previstas, incluindo oficinas, curso, palestras e práticas espirituais, com o intuito de produzir efeitos de autoconhecimento, controle emocional e, no dizer de muitas CTs, aceitação da impotência perante as drogas. A etapa final visa, fundamentalmente, à preparação para a reinserção familiar e social. Em alguns poucos casos, essa etapa se estende para além da internação, incluindo o acompanhamento dos egressos.

7. Essa classificação, bem como a descrição das atividades inscritas em cada etapa, se baseia na análise das informações prestadas pelas próprias CTs à pesquisa do Ipea.

TABELA 5
Formas de organização do regime de tratamento
(Em %)

Forma de organização	Incidência
Existência de plano geral aplicável a todos	86
Tratamento organizado em etapas	63
Existência de plano individual de atendimento	60

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

Para descrever melhor esse regime disciplinar, é útil pensarmos em três elementos básicos: atividades obrigatórias, atividades proibidas e sanções. Entre as proibições, para além das já citadas, relacionadas ao sexo, à guarda de documentos pessoais e aos contatos com o mundo externo, encontram-se o uso de tabaco (68%), a escolha da roupa (37%) e a escolha do corte de cabelo (32%). Enquanto o caso do tabaco pode ser visto como resultado da proibição geral ao uso de drogas, os casos de roupa e corte de cabelo são um tipo de disciplina que não parece visar a um fim terapêutico em si. Sua função principal é desidentificar e homogeneizar os acolhidos, servindo, tais restrições, como signo tanto do desligamento entre o indivíduo e sua identidade anterior quanto do novo *status* social: igualitário entre os pares (a comunidade de acolhidos) e hierarquicamente subalterno, ante o corpo dirigente. No caso das obrigações, elas envolvem, basicamente, a participação compulsória nas atividades terapêuticas, incluindo os cursos (60%), as cerimônias religiosas (53%) e as tarefas de laborterapia (73%). Entre as sanções, destacam-se a advertência oral (89%) e escrita (58%); a comunicação à família ou pessoa de referência (69%); a realização de leituras e reflexões sobre o ocorrido (48%); a suspensão das atividades de lazer (48%), do contato telefônico (22%), das visitas (25%) e da participação em passeios (34%); o aumento das atividades de laborterapia (16%); e o afastamento dos demais acolhidos (7%).

Fica claro, pelos dados, que as CTs atuam como dispositivos disciplinares, estabelecendo um regime de tratamento planejado aos internos. Este regime inclui uma série de obrigações, que abrangem tipicamente atividades de participação compulsória, proibições – que além da abstinência do uso de drogas (o que já seria esperado), englobam áreas da identidade menos claramente ligadas aos seus objetivos, como o corte de cabelo e as roupas –, e sanções, que passam pela advertência, pela suspensão de atividades mais prazerosas e, em alguns casos, até mesmo a intensificação das atividades laborais e do isolamento. A incidência dessas obrigações, proibições e sanções, no entanto, varia bastante entre as instituições, nos impedindo, novamente, de pensar as mesmas em termos monolíticos. Em particular, as sanções e as proibições que identificamos, mais claramente, como indícios de graves violações de direitos (trabalho forçado e isolamento total) parecem ser raras.

Aqui, entretanto, vale retomar um tema levantado na introdução: fenômenos raros também fazem parte do objeto. Sua interpretação como “desvio” de um modelo de tratamento oficial não deve nos impedir de entendê-los como potencialidades imanentes ao tipo institucional existente; de imaginarmos modelos alternativos; ou de pensarmos em sistemas de regulação e fiscalização, capazes de impedir abusos.

TABELA 6
Obrigações, proibições e sanções disciplinares em CTs
(Em %)

Tipo de disciplina	Indicador	Incidência
Obrigações	Participação compulsória em tarefas de laborterapia	73
	Participação compulsória em cursos	60
	Participação compulsória em cerimônias religiosas	53
Proibições	Proibição da escolha da roupa	37
	Proibição da escolha do corte de cabelo	32
Sanções	Advertência oral	89
	Advertência escrita	58
	Comunicação à família ou pessoa de referência	69
	Leituras e reflexões sobre o ocorrido	48
	Suspensão das atividades de lazer	48
	Suspensão dos passeios	34
	Suspensão das visitas	25
	Suspensão do contato telefônico	22
	Aumento das atividades de laborterapia	16
	Isolamento dos outros acolhidos	7

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

5.4 Modo de recrutamento dos internos

Nas CTs vários tipos de saberes se fazem presentes. Saberes religiosos, médicos, psicológicos, assistenciais e, em menor grau, criminológicos se entrelaçam em “dosagens” diversas, a depender do caso, para produzir o efeito terapêutico esperado. Os dados de que dispomos não indicam, contudo, que a privação de liberdade se imponha nestas instituições, da mesma forma com que ocorre, por exemplo, nas prisões. Há um elevado grau de liberdade de entrada e saída, há a possibilidade de “desistência”, cujas consequências não podem ser menosprezadas. Tal característica é fundamental, pois revela uma maior permeabilidade ao mundo externo do que aquela que é pressuposta pelo conceito de instituição total, e nos permite, em certo sentido, pensar as CTs como um tipo institucional misto: se não exatamente uma *comunidade intencional*, como propõem alguns, ao menos como uma instituição “não tão total”, cuja atividade correcional se desenvolve em ambiente fechado, dotado de

uma membrana identificável, mas permeável, de estruturas, mecanismos e políticas, todas as quais mantém, no máximo, um grau de separação seletivo e imperfeito entre o que existe “dentro” e “fora” (Moran, 2014, p. 40).

A própria existência de um período de internação menor do que, digamos, muitas penas de prisão já é indicativo de que os efeitos totalizantes talvez se façam menos intensos nas CTs. Isso é, entretanto, mais uma questão de gradação, de posicionamento em um *continuum*, do que de distinção binária. O mesmo vale para o eixo coerção – adesão voluntária. Entre os ideais modernos do indivíduo autônomo racional e livre, por um lado, e do indivíduo forçado a agir contra sua vontade, por outro, uma série de possibilidades se coloca, incluindo sugestões, pressões e condicionantes, impostos pelas famílias, pelas igrejas, ou por órgãos da assistência social, da saúde e da justiça. Em resumo, as CTs abrigam, em seu interior, um conjunto de trajetórias de vida e de circunstâncias de “recrutamento” variadas.

TABELA 7
Formas de recrutamento dos acolhidos em CTs
(Em %)

Forma de recrutamento	Muito frequente	Pouco frequente	Nunca
Família do acolhido	89	10	0,4
Busca própria do acolhido	57	41	1,5
Instituições religiosas	49	43	8
Serviços de saúde em geral	43	49	8
Amigos	35	62	4
CRAS	26	52	22
CREAS	24	47	29
Busca ativa	20	35	44
Sistema de Justiça	19	65	16
Centros de população de rua	18	36	46
Ministério Público	11	55	37
Polícia	5	35	60

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

A tabela 7 apresenta a percepção das CTs sobre a frequência de diversas formas de recrutamento dos acolhidos. Embora, infelizmente, a pesquisa não permita traçar com acuidade a incidência de cada forma, fica claro que as famílias são o principal intermediador entre o uso abusivo de drogas por parte de um indivíduo e sua internação em uma instituição dessas. Nesse caso, fica claro que a distinção entre autonomia individual e internação forçada deve ser relativizada. Como já mencionado, sugestões, pressões, condições e admoestações afetivas fazem parte dessa mediação. Não podemos esquecer, é claro, que são as famílias e os círculos de sociabilidade mais próximos que, fora

o próprio usuário, mais sofrem com uma situação de dependência química. Novamente, entretanto, observa-se uma grande variabilidade. Algumas CTs nunca são acessadas por meio de órgãos públicos de assistência social e, ainda mais grave, de assistência à saúde – que deveriam, idealmente, servir como mediadores do acolhimento institucional, atuando tanto com o usuário quanto com as próprias famílias. Outras, com muita frequência, são acessadas por meio de órgãos de justiça, incluindo até mesmo a polícia, o que as coloca mais próximas do polo coercitivo.⁸ O mesmo vale para a chamada “busca ativa”, em que a própria comunidade ofertante busca a demanda, recolhendo pessoas nas ruas.

5.5 Inadaptação à vida civil, destino social e reincidência

Instituições totais se caracterizam, por um lado, pelo seu modo de funcionamento interno e, por outro, pelos efeitos sobre o destino social dos egressos. Quanto a esse aspecto, o efeito principal destas instituições seria a mortificação do *eu* anterior, e a construção de uma nova identidade. A construção dessa nova identidade se dá, basicamente, por meio de um processo de aprendizagem institucional. Essa aprendizagem do viver institucionalmente, entretanto, gera ansiedade quando do retorno e, em última instância, inadaptação à vida civil. Como resultado, tem-se que a instituição total condiciona fortemente o destino social do egresso, gerando, por vezes, reincidência ou construção de uma “carreira institucional”.

Tem-se que quase a metade dos 138.568 acolhidos em CTs, durante 2015, havia estado em instituições semelhantes anteriormente. De fato, como mostra a tabela 8, a parcela dos internos reincidentes é superior a daqueles que irão completar o tratamento; e nada menos que 55% o abandonam antes de concluí-lo. Na ausência de dados individualizados e abrangentes sobre o antes e o depois da vida em uma CT, essa é a informação mais próxima que temos, de alguma ideia de efetividade do tratamento. Trata-se, em termos gerais, de uma instituição que propõe um tratamento de difícil adesão e, ao mesmo tempo, com tendência clara à reincidência.

TABELA 8

Pessoas que iniciaram, concluíram, abandonaram e retornaram ao tratamento em CTs ao longo do ano de 2015

Pessoas que iniciaram o tratamento	138.568
Pessoas que concluíram o tratamento	46.688
Pessoas que abandonaram o tratamento	57.063
Pessoas que retornaram ao tratamento	67.617

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

Obs.: No caso das CTs que não prestaram alguma informação, realizou-se um procedimento de imputação múltipla, com base no número de quartos e leitos, no fluxo geral de internos e no montante e composição da equipe de trabalho. Nenhuma das taxas se alterou significativamente (< 0,3%), mas a estimativa do total de pessoas em tratamento subiu de forma considerável.

8. Sobre esse ponto, ver capítulo 9 neste livro.

Soma-se a isso o fato de que 83% das CTs têm algum trabalho de acompanhamento dos egressos. Parece comum que o contato entre a comunidade e os ex-internos seja mantido. Em quase todas as CTs, observa-se a presença de egressos entre os trabalhadores voluntários. Em 35% delas, essa situação é percebida como muito frequente. Logo, o trabalho na própria instituição se configura como o destino social de um conjunto considerável dos egressos. Com efeito, os voluntários são elemento fundamental das CTs, perfazendo a maioria da equipe de trabalho. Embora não seja possível estimar a parcela dos voluntários que são ex-internos, essa fração não é desprezível, sendo provavelmente expressiva em alguns trabalhos, como os administrativos (54%) e os de monitoria (55%).

TABELA 9

Destino social de egressos: frequência do contato e trabalhos voluntários
(Em %)

	Muito frequente	Pouco frequente	Nunca
Contato com ex-acolhidos	61,7	38,2	0,1
Ex-acolhidos realizam trabalhos voluntários	35,0	58,6	6,4

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.

Assim, no que se refere à eficácia terapêutica, as CTs apresentam um limite, indicado pela simples tendência ao retorno de parcela considerável de seus egressos. Se entendermos o retorno a partir do conceito de instituição total, entretanto, esse fenômeno torna-se mais compreensível. As CTs são, nessa perspectiva, instituições que condicionam o destino social de seu público.

Não é possível, com os dados disponíveis, especificar com maior precisão os mecanismos institucionais específicos correlacionados à reincidência ou à manutenção do egresso como trabalhador voluntário. Precisariamos de dados longitudinais individualizados para fazer essa análise, e o que temos são dados ecológicos – isto é, a unidade de análise é a CT, não o indivíduo –, que reduzem o poder dos testes estatísticos, para captar essa relação. Ainda assim, mesmo que os dados não permitam uma melhor especificação da relação entre dispositivos totalizantes e impactos subjetivos, chama-se atenção para o fato de que, quanto mais uma comunidade terapêutica restringe o contato com o mundo externo, e quanto mais sanções ela aplica – isto é, quanto maior o grau de isolamento social, e quanto mais rígido o seu regime disciplinar –, maior a parcela de seus internos que são reincidentes.

A tabela 10 apresenta os resultados do teste de correlação entre a taxa de reincidência das CTs (entendido como a razão entre as pessoas que retornaram ao tratamento e as pessoas que iniciaram o tratamento em 2015) e as características da unidade e de seus métodos. Os resultados mostram uma correlação positiva entre a taxa de reincidência e o recolhimento de documentos pessoais, a proibição de

visitas de namorados(as) e a proibição de uso de telefone fixo. O estabelecimento de punições por descumprimento de regras envolvendo a suspensão de contatos telefônicos, a proibição geral de visitas e a suspensão de atividades de lazer também apresentam, e de forma ainda mais pronunciada, uma correlação positiva com a reincidência. Em seu conjunto, essas correlações apontam para a robustez do conceito de instituição total como perspectiva de análise das CTs, e para a importância de se considerar as dimensões de tal conceito na formulação de políticas públicas voltadas para o acolhimento institucional de pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

TABELA 10
Correlação entre a taxa de reincidência e indicadores de isolamento social e rigidez disciplinar em CTs

Variável	Correlação (rho) ¹	Significância
Suspensão de visitas	0,115	0,011
Suspensão de atividades de lazer	0,139	0,003
Suspensão de contato telefônico	0,125	0,006
Proibição de uso de telefone fixo	0,093	0,031
Proibição de visitas de namorados	0,091	0,035

Fonte: Banco de dados da Pesquisa Nacional de Comunidades Terapêuticas.
Elaboração do autor.
Nota: ¹ Foi utilizado o teste de Spearman, que é um teste não paramétrico e, portanto, ao contrário de testes de correlação linear, sua robustez estatística independe de qualquer pressuposição sobre a distribuição de probabilidade conjunta dos parâmetros. Vale notar, ainda, que outras variáveis apontaram no sentido de uma correlação entre as dimensões das instituições totais analisadas e a taxa de reincidência. O problema para estabelecer a correlação, na maioria dos casos, se deve à pequena variância: se determinado fenômeno é comum a todas ou quase todas as CTs, não há variabilidade na amostra e, portanto, não há como se verificar a relação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CT típica é um espaço arquitetônico projetado para que todas as esferas da vida sejam compartilhadas. Ali se dorme em quartos coletivos, fazem-se as refeições em conjunto, frequentam-se os mesmos espaços de higiene, lazer e trabalho, vai-se ao mesmo templo de oração, dividem-se as responsabilidades pela limpeza e pela organização do local. Ali, também, acompanham-se os mesmos cursos e palestras, em que se compartilha, com o grupo, sua vida mais íntima. E, ao escutar sobre a vida dos outros, por vezes vestidos com as mesmas vestes, igualmente despojados das múltiplas identidades que articulam no mundo civil, descobrem-se menos sós em sua condição. A semelhança situacional possibilitada pela *desindividuação*, pela “morte civil”, pela suspensão das identidades originárias – substituídas pela identidade comum de “toxicômanos em tratamento” – contribui para essa descoberta. Ao mesmo tempo, permite ao interno sentir-se acolhido em seu esforço para manter-se abstinente, e pode incentivá-lo a abrir-se em ambiente seguro, controlado e administrado, ao processo terapêutico proposto pelo corpo dirigente. Nesse mesmo movimento, aceita-se a impotência, a situação de “menoridade”, de

não autonomia, e o fato de não se ter nem a posse de seus documentos pessoais. Aceita-se, em suma, não se escolher como conduzir a própria vida, que, a partir de então, será guiada por outrem. Desnadam-se, ali, as subjetividades, na esperança de reconstruí-las, de reinventá-las sob novas fundações. Busca-se reparar a identidade deteriorada, ressignificando episódios vinculados ao uso abusivo de drogas, de sofrimento psíquico e de dano causado a outros. Espera-se dar sentido a estas faltas, reconhecendo-as e expiando a própria culpa. Renega-se o passado e, espera-se, abre-se um novo horizonte de futuro.

Entretanto, essa ressignificação administrada, reconstrução guiada, reinvenção conduzida, enseja riscos. Ao contrário de espaços terapêuticos *no-mundo*, os espaços terapêuticos *para-mundo*, ao mesmo tempo que desnudam a subjetividade, isolam o indivíduo, retirando dele algumas retaguardas contra ataques à sua identidade. Limitam-se fortemente, também – ou mesmo, em casos extremos, rompem-se –, os vínculos sociais que podem servir como defesa ou refúgio. A mortificação do *eu* pelas CTs pode, ainda, destituir o indivíduo de defesas subjetivas contra a nova identidade patrocinada pela instituição. A constituição do espaço lhe favorece. Parte dessa identidade advém das renúncias ao mundo, que são, é importante ressaltar, ideologias próprias ao universo da comunidade em si, de seus dirigentes e empreendedores morais. Isso significa que as CTs administram a reinvenção do *eu* incutindo no indivíduo as renúncias ao mundo que são próprias à sua configuração ideológica e social. Essa renúncia, independentemente do juízo de valor que dela façamos, limita o campo de possibilidades de reconstrução de vínculos com o mundo civil, e amplia a dependência em relação ao mundo moral e ao regime disciplinar proporcionado pela instituição.

Como consequência, pode-se observar, no processo de “alta”, o mesmo fenômeno identificado por Goffman (2005): o aprendizado institucional não necessariamente se converte em recursos para a reparação dos vínculos com a sociedade mais ampla. A disjunção entre os repertórios de *ser-na-instituição* e *ser-fora-da-instituição* pode se manifestar como inadaptação à vida civil e, em última instância, reincidência. De fato, a proporção dos acolhidos que já passaram antes por uma CT, revelados pela pesquisa, é por demais significativa para que possamos descartar essa questão. Em casos limites, observados nos estudos etnográficos e relatados por profissionais da rede pública de atendimento psicossocial, esse retorno não se dá uma ou duas vezes: há situações em que uma mesma pessoa retorna trinta vezes para tratamento.

Soma-se a isso, como solução intermediária, o engajamento em uma carreira institucional, em que sua história de vida pode ser reinterpretada sob um valor positivo – como um ativo – e dotada de um novo horizonte, como a missão de auxiliar outros em situação semelhante. Esse horizonte, cabe ressaltar, guarda uma

clara afinidade eletiva com a ansiedade do retorno e com a inadaptação ao mundo civil, já que se preservam os vínculos com o mundo moral e o regime disciplinar da CT. Visto por esse ângulo, a presença de egressos entre os trabalhadores das instituições é algo que não deve ser dissociado da reincidência: são, antes, duas possibilidades, dois resultados de um mesmo processo.

O mesmo pode ser dito de uma terceira possibilidade, que é a reconfiguração dos vínculos sociais dos egressos, que buscam pessoas que com eles compartilharam esse passado. Por vezes, essa reconfiguração é fomentada por grupos de apoio das próprias CTs. Evita-se, nesses casos, alguns dos rigores do regime disciplinar institucional – remanescentes apenas como autopolicamento e não mais como coerção externa –, mas mantém-se o vínculo com o mundo moral daquela comunidade. Em qualquer um desses casos, apesar de suas diferenças, o que se tem é o condicionamento do destino social do egresso pela sua passagem institucional, que, ao mesmo tempo que lhe oferta uma possibilidade de reinventar-se, limita o campo de suas possibilidades reais de ser no mundo.

Em que medida essa limitação é justificada, ou que outras possibilidades de se lidar com a questão do uso abusivo de drogas devem ser fomentadas – menos restritivas, menos ofensivas à subjetividade, menos ascéticas, menos disciplinadoras, menos violadoras de direitos e liberdades individuais –, é um tópico fundamental nesse tema, ainda que este texto não pretenda dar resposta para além de uma apresentação sistemática da situação atual. Não se buscou discutir – melhor, optou-se, intencionalmente, por não abordar – como essas restrições caracterizam-se de um ponto de vista dos direitos dos acolhidos, ou da ética profissional no âmbito da psicologia, da medicina e do serviço social. Espera-se que não se confunda essa opção metodológica consciente com relativismo moral. Trata-se, antes, de seguir o princípio de entender o fenômeno antes de julgá-lo. Espera-se, para melhor entendê-lo, abrir espaço para formular propostas de reordenamento dessas organizações, que impeçam, ou, ao menos, mitiguem seus riscos, que, parece claro, estão encapsulados em suas tendências totalizantes, as quais buscou-se descrever e analisar.

Há também um elemento voluntarista no ingresso, e uma possibilidade muito mais presente de abandono do projeto terapêutico, como demonstram os resultados da pesquisa. O abandono não é de forma alguma exceção. Ele revela, por um lado, o rigor do tratamento e sua inadequação em relação à parcela significativa dos que ingressam nas CTs. Por outro, nos faz relativizar o quanto de *total* têm, de fato, essas instituições. Se elas, realmente, apresentam todas as características de “estufas de mudança forçada da identidade”, na medida em que se verifica a existência de redes estáveis de trocas e relacionamentos que as vinculam ao mundo externo,

temos uma situação de porosidade, em que aquilo que existe dentro e fora de suas paredes não se apresenta totalmente dissociado.

Essa situação limítrofe dá espaço para pensarmos as CTs como casos intermediários, que se aproximam por vezes das comunidades intencionais ou, como sugere Scott (2010, p. 219), das chamadas instituições reinventoras, as quais, por sua natureza voluntarista, “sugerem um conjunto diferente de sentidos, motivações e experiências por parte dos internos” em comparação com as instituições totais. Nesse mundo, os internos são “clientes” que desejam descartar suas antigas identidades. Recorrem a gurus venerados, que operam uma espécie de *life coaching* (treinamento para a vida) intensivo, em busca de um novo *eu*, que, se entende, é mais próximo do *eu* real, autêntico.

No caso das CTs, seria difícil enfatizar suficientemente como o elemento carismático se faz presente na fundação dessas organizações ainda tão novas. O serviço, porém, não é personalizado, e nem se busca autenticidade. A origem social dos internos não compartilha nem do universo moral e nem das condições econômicas das classes demandantes desses serviços. O papel desempenhado pelas famílias e pela moral religiosa de tipo tradicional, no *modus operandi* típico das CTs, é fundante. O sexo é proibido; as visitas familiares são, ao mesmo tempo, reguladas e fomentadas. As comunidades agem, por vezes, como terapias familiares, como no caso dos grupos de Amor Exigente, praticado pela terça parte das CTs brasileiras. Reuniões de formação e esclarecimento com familiares são a regra, ainda que a participação do próprio acolhido nem sempre seja garantida (ao menos na fase inicial da internação). Encontros de familiares com psicólogos, monitores, sacerdotes e assistentes sociais dão um certo tom de hibridismo em seu regime de verdade.

O engajamento em uma CT é, tipicamente, um salto de fé, em que se renuncia à vida pregressa na sua quase totalidade, incluindo aí os padrões de relacionamentos previamente estabelecidos com familiares, amigos, colegas e vizinhos. Com o tempo, após o isolamento e os primeiros momentos de abstinência, reaproxima-se desses vínculos, de forma controlada e a partir das orientações dadas pela equipe dirigente, buscando-se, também, ressignificá-los, reinventá-los. Assim, a vida fechada, elemento tão fundamental para a caracterização das instituições totais, parece encontrar nas CTs um caso limítrofe: há um isolamento inicial muito intenso, mas este é, tipicamente, substituído, com o passar do tempo, por um regime de porosidade controlada, em que se formam redes estáveis de trocas com o mundo externo. De forma significativa, quanto mais uma CT restringe o contato com o mundo externo, maior parcela de seus internos é reincidente.

Em suma, não verificamos nessas instituições, via de regra, a volição individual como fator preponderante do ingresso, nem a permeabilidade para o mundo externo como direito garantido. A indistinção entre esferas pública e privada, o

isolamento social e a disciplina rígida se configuram, apesar das variações, como regra nessas comunidades administradas. Elas podem, portanto, ser definidas como um tipo de instituição total – “uma entre várias instituições destinadas a servir de residência para várias categorias de pessoas socialmente perturbadoras” (Goffman, 2005, p. 287). Elas, entretanto, são diferentes dos manicômios e das prisões, ao menos no que se refere ao aspecto, crucial, da liberdade de saída e das formas menos coercitivas de recrutamento. Ainda assim, como em suas congêneres, o destino dos seus egressos é condicionado pela reinvenção forçada da identidade em ambiente de isolamento do mundo civil, fator ao qual, esperamos, seja dada maior atenção no debate público acerca das CTs e de seu modelo de tratamento.

REFERÊNCIAS

BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

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.

DA MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

FOUCAULT, M. **A grande internação**: história da loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978. p. 45-79.

GIDDENS, A. **Modernity and self-identity**: self and society in the late modern age. California: Stanford University Press, 1991.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

HECHTER, M. **The attainment of solidarity in intentional communities**. *Rationality and society*, v. 2, n. 2, p. 142-155, 1990.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: 2017. (Nota Técnica, n. 21). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>.

MORAN, D. Leaving behind the “total institution”? Teeth, transcarceral spaces and (re)inscription of the formerly incarcerated body. **Gender, Place e Culture**, v. 21, n. 1, p. 35-51, 2014.

SCOTT, S. Revisiting the total institution: performative regulation in the reinventive institution. **Sociology**, v. 44, n. 2, p. 213-231, 2010.

SWAAN, A. de. Local charity, regional vagrance and public assistance. *In*: _____. **In care of the state**. United States: Oxford University Press, 1988. cap. 3.

VISCARDI, C. M. R. Experiências da prática associativa no Brasil (1860-1880). **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 117-136, 2008.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MCCORKEL, J. A. Going to the crackhouse: critical space as a form of resistance in total institutions and everyday life. **Symbolic Interaction**, v. 21, n. 3, p. 227-252, 1998.

TEMPO E SUBJETIVAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Letícia Canonico de Souza
Matheus Caracho Nunes
Maria Paula Gomes dos Santos

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo visa discutir o papel da administração do tempo como técnica disciplinar utilizada pelas comunidades terapêuticas (CTs), em seu projeto de promoção de transformações subjetivas naqueles que se submetem à sua metodologia de tratamento contra o uso problemático de drogas. Os elementos empíricos que provocaram esta reflexão emergiram dos trabalhos etnográficos que realizamos em algumas CTs brasileiras, assim como do *survey* da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*, realizada pelo Ipea (2017).¹

Para esta pesquisa, Canonico (2015) e Nunes (2016) realizaram, separadamente, trabalho de campo intensivo em quatro CTs localizadas em diferentes regiões do Brasil. Eles permaneceram hospedados por períodos de quinze a dezessete dias, participando do cotidiano dos que estão em tratamento, os residentes, acompanhando suas rotinas e realizando entrevistas e conversas informais também com diversos atores vinculados às instituições pesquisadas, como terapeutas, monitores e dirigentes.²

A partir da vivência intensiva nestes espaços, e a despeito das particularidades encontradas em cada um deles, observou-se que, para além das formas discursivas e reflexivas por meio das quais as CTs, em geral, procuram convencer e motivar seus internos a mudar de vida – começando por abandonar o hábito de consumir drogas –, elas também adotam algumas estratégias e dinâmicas muito práticas, no decurso da internação, que operam no sentido de estimular o engajamento dos internos neste projeto. Entre elas, destacamos a gestão do tempo dos residentes, que

1. Para mais informações, ver objetivos, metodologia e principais achados no capítulo 1 deste livro. A participação dos autores nesta pesquisa decorreu do fato de já terem tomado como objeto de estudo a questão da gestão das pessoas que fazem uso problemático de drogas – ainda que em momentos e por enfoques diversos. Canonico (2015) se debruçou sobre a análise das formas por meio das quais agentes da segurança pública operacionalizam a distinção entre usuários e traficantes de drogas, na região que ficou conhecida como “cracolândia”, no centro da cidade de São Paulo. Nunes (2016), por sua vez, procurou analisar as formas através das quais as CTs atuam no sentido de provocar transformações subjetivas naqueles que se submetem à sua metodologia de cuidado.

2. Além dos autores, outros pesquisadores também realizaram trabalhos etnográficos para a pesquisa, em outras CTs.

se dá tanto no plano prático, das atividades cotidianas, quanto no plano simbólico, das representações sobre o tempo.

Pode-se dizer que, de modo geral, a metodologia das CTs, baseada no tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, busca promover mudanças de comportamento e de atitudes nos sujeitos que se submetem a seu modelo de tratamento – mudanças que pretensamente vão além da relação com as drogas.

Nesse projeto terapêutico, a gestão do tempo se inscreve como estratégia disciplinar implementada por três vias, conforme descrito a seguir.

- 1) Pela organização do tratamento em *fases* sucessivas, as quais os internos ultrapassam, não só por força do número de meses, semanas ou dias em que permanecem na CT, mas também pelo cumprimento de metas estabelecidas pela comunidade; pela observação de regras de convivência; e pela adesão a determinados valores – como a abstinência, o zelo à família e ao trabalho e o temor a Deus.
- 2) Pela imposição de uma *rotina*, em que diversas atividades diárias devem ser cumpridas, segundo um cronograma preestabelecido. Tais atividades podem variar segundo os dias da semana, ou ao longo do período de permanência nas CTs, mas todos os internos são convocados a participar delas, havendo previsão de penalidades para aqueles que, sem autorização da equipe dirigente, se recusarem a fazê-lo.
- 3) Pela *ressignificação do passado*, processo que consiste em levar os residentes a reinterpretar suas atitudes da época da ativa,³ à luz da moralidade promovida pela CT. Isto é feito tanto através de exercícios reflexivos orais em grupo (reuniões de partilha ou de sentimentos)⁴ quanto por meio da escrita de textos pelos residentes, em que estes revisam sua vida pregressa no intuito de reconhecer os prejuízos que provocaram a si mesmos e a seus entes queridos, em consequência de seu hábito de consumir drogas.

Não é nosso objetivo aqui discutir ou avaliar a eficácia dessa estratégia para a finalidade de forjar sujeitos definitivamente abstinentes. Até porque, de acordo com os dados coletados no *survey* da pesquisa realizada pelo Ipea (2017), apenas cerca de 30% daqueles que ingressam numa instituição brasileira deste tipo chegam ao final do percurso terapêutico estabelecido. Conforme já havia sido apontado por Rui (2010), pudemos constatar em campo que a travessia de um sujeito em tratamento numa CT encerra muitas nuances e tensões cotidianas, em função das

3. Termo êmico que se refere à fase da vida dos internos em que estes faziam uso intensivo de drogas.

4. Nessas reuniões, os internos devem refletir sobre seu comportamento em face do uso de drogas e compartilhar suas reflexões com seus pares.

quais o engajamento dos residentes no projeto terapêutico – e, consequentemente, seu compromisso com a “cura” – acaba por ser bastante inconstante.

O propósito deste texto é, antes, realizar uma análise da tecnologia de gestão do tempo empregada pelas CTs, com o fim de elucidar aspectos de sua metodologia, bem como de entender o seu papel como instituições voltadas ao disciplinamento de corpos e mentes daqueles que, devido ao uso intensivo de drogas, parecem ter a característica de resistir obstinadamente à normalização.

Para apresentar a análise, o capítulo está dividido em quatro seções, além desta introdução e das reflexões finais. Na seção 2, apresentaremos, em linhas gerais, o objetivo de transformação subjetiva que norteia a metodologia das CTs, além de uma revisão da literatura que nos guia na interpretação do fenômeno abordado. A partir dessa, utilizamos nossos registros etnográficos e dados quantitativos da pesquisa coordenada pelo Ipea (2017) para destacar os elementos que consideramos chaves para a estratégia de gestão do tempo das CTs: o estabelecimento de rotinas, com horários definidos para cada atividade (seção 3), a organização do programa terapêutico em fases (seção 4) e a releitura e ressignificação do passado, a partir dos critérios morais difundidos pelas CTs (seção 5).

2 O PROJETO DE TRANSFORMAÇÃO SUBJETIVA DAS CTs E A SUA ANCORAGEM NA GESTÃO DO TEMPO

Como afirmam os próprios dirigentes e patrocinadores das CTs, o objetivo último de sua metodologia seria promover a transformação subjetiva dos indivíduos que fazem uso de drogas, a qual é vista como necessária porque, na perspectiva destes agentes, esse hábito seria apenas mais um sintoma da inadaptação social dessas pessoas. Como observou Nunes (2016), o uso de drogas seria, nessa visão, somente a cereja do bolo de um extenso rol dos problemas comportamentais típicos dos adictos, entre os quais estariam também: o hábito de mentir e manipular seus interlocutores, a insubordinação, a desorganização pessoal etc. Como pudemos constatar em campo:

o caráter dos indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas é diversas vezes estabelecido como “degradado”. Isto seria uma característica dos adictos. Todos eles reproduziriam os mesmos tipos de comportamento. Tentariam sempre manipular outras pessoas, o que nunca deixaria de acontecer, pois “a doença nunca se cura”. Apenas estaciona, assim como a diabetes.⁵

Assim sendo, o tratamento ofertado pelas CTs requer o isolamento temporário dos internos de seu meio social e, desde sua chegada, o compromisso com a abstinência do uso de drogas. Espera-se que os internos convivam apenas entre seus

5. Relatório etnográfico da CT Belo Lar, de 2016.

pares⁶ e com a equipe dirigente, realizando um conjunto de atividades estruturadas sobre o tripé trabalho-disciplina-espiritualidade. A disciplina é considerada essencial no processo de reorganização do comportamento dos sujeitos, como indutor de hábitos adequados, tais como: “acordar num horário estabelecido pela manhã, vestir-se adequadamente, chegar ao trabalho ou à escola no horário e, uma vez aí, administrar o tempo e as obrigações, em termos de tarefas” (De Leon, 2014, p. 152).⁷

O trabalho, realizado compulsoriamente na maioria das CTs, é considerado terapêutico – o que lhe vale a denominação de laborterapia – e funcionaria como coadjuvante no processo disciplinar. Sua utilização como técnica terapêutica remonta aos primórdios da psiquiatria (ou alienismo, como era chamada esta especialidade médica), em fins do século XVII, e a seu mais ilustre expoente, Philippe Pinel. Como colocam Shimoguiiri e Costa-Rosa (2017, p. 846):

Pinel foi propulsor do alienismo e propôs que o trabalho mecânico, rigorosamente executado, era capaz de garantir a manutenção da saúde. Constituindo-se, portanto, como uma terapêutica, a laborterapia era supostamente capaz de fazer o alienado mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento. Assim, a doença que causava contradições da razão e atitudes antissociais poderia ser combatida pela ocupação, pelo trabalho.

Já a dimensão da espiritualidade refere-se a práticas que envolvem cultos, orações e leituras de textos religiosos, destinados a cultivar a fé dos internos em um “poder superior” – o que é visto, no campo das CTs, como essencial para a superação da adicção e para a transformação subjetiva pretendida. Tendo em vista que a maioria das CTs brasileiras vincula-se a religiões cristãs,⁸ este ser superior é comumente identificado com Jesus Cristo e a Santíssima Trindade (Pai, Filho e Espírito Santo).

Não obstante, a ideia da indispensabilidade da crença em um ser superior também é afirmada pelo método dos Doze Passos,⁹ adotado por cerca de 70% das CTs brasileiras, inclusive por aquelas que se declaram desvinculadas de qualquer orientação religiosa (Ipea, 2017). Apenas para ilustrar, o primeiro passo, dos doze a que se refere o método, consiste na seguinte oração: “viemos a acreditar que um Poder Superior a nós poderia devolver-nos a sanidade” (Alcoólicos Anônimos, 1994).

6. A categoria pares refere-se aos(as) demais internos(as) em tratamento ou a pessoas que, já tendo se submetido a tratamento com sucesso nas CTs, colaboram no monitoramento e no suporte aos iniciantes. O que os identifica como pares entre si é seu diagnóstico comum de adictos ou dependentes químicos.

7. O livro de De Leon (2014) é uma das obras mais difundidas entre as CTs brasileiras sobre a metodologia destas instituições. Editado no Brasil com apoio da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT), o livro é adotado em cursos e formações sobre dependência química, oferecidos por esta entidade.

8. Sendo 27% delas de orientação católica e 47%, evangélica (Ipea, 2017).

9. Trata-se de metodologia difundida pelos Alcoólicos Anônimos (AA), organização de ajuda mútua surgida em 1935, nos Estados Unidos (Alcoólicos Anônimos, 1994). Esta metodologia se propagou pelos Narcóticos Anônimos (NA) e demais grupos de ajuda mútua que cooperam no tratamento das adições.

Em nossas experiências de campo, ouvimos que o período de internação é concebido, pelos dirigentes, como preparatório para uma batalha, a qual os(as) internos(as) deverão travar contra seu inimigo mais poderoso – a dependência química –¹⁰ para o resto de suas vidas. A preparação para esta batalha se inicia pelo reconhecimento de que o indivíduo é impotente diante das drogas¹¹ e de que sua impotência consiste numa doença incurável. Em função disto, algumas CTs promovem o estudo em profundidade, pelos(as) internos(as), das características desta doença, o que acaba, muitas vezes, por levá-los a incorporar o discurso da CT e a justificar, para si próprios, a necessidade de se transformarem.

A incorporação dessas categorias médicas (doença, dependência química), ao lado da significativa presença de profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros), bem como da utilização de medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos) no tratamento,¹² evidencia que, ao lado do tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, agregam-se também à metodologia de cuidado das CTs brasileiras saberes e recursos técnicos do campo médico,¹³ muito praticados também em clínicas voltadas ao tratamento das toxicomanias.¹⁴

As representações dos operadores de CTs acerca do problema de sua clientela transitam entre as ideias de fraqueza moral, delinquência e doença. Todas estas qualificações – em que pesem as diferenças conceituais entre elas – convivem e se atravessam, acabando por justificar a necessidade de mudanças no sujeito como um todo.¹⁵ Neste sentido, podemos dizer que a metodologia terapêutica proposta pelas CTs é compatível com o conceito de tratamento moral (Pinel, 2004; Shimoguri e Costa-Rosa, 2017), enquanto as CTs, por sua vez, podem ser entendidas como instituições disciplinares (Foucault, 1979; 1994).

Segundo Foucault (1979), o disciplinamento dos corpos foi, historicamente, fator essencial para a configuração da alma moderna – da subjetividade moderna – e para a sua normalização. Por intermédio das disciplinas, se forjaram, e se forjam ainda, os “normais” da sociedade moderna – e, em grande medida, os do nosso tempo: sujeitos politicamente dóceis e economicamente úteis (Foucault, 1979). Neste sentido, a própria estabilidade da democracia liberal capitalista depende de que os sem propriedade ganhem sua vida por meio do trabalho, e não se insurjam

10. A ideia de que a drogadição é uma patologia do corpo ou da mente vem sendo afirmada pelo campo médico. Contudo, como já mostrou Fiore (2006), há muitas controvérsias neste campo acerca da etiologia de tal doença (Bucher, 1992).

11. Esse reconhecimento consiste no primeiro passo da estratégia dos Doze Passos, inicialmente aplicada no âmbito dos AA, mas amplamente difundida entre as CTs, como mostra a pesquisa do Ipea (2017).

12. Conforme constatado pelo *survey* da pesquisa (Ipea, 2017) e pelas etnografias realizadas.

13. Segundo o *survey* realizado no âmbito da pesquisa em que trabalhamos (Ipea, 2017, p. 21), 88,5% das CTs brasileiras praticam psicoterapias grupais, 84,6% praticam psicoterapias individuais e 55,1% utilizam medicamentos como métodos terapêuticos.

14. Para mais informações, ver Vaissman, Ramôa e Serra (2008).

15. Segundo De Leon (2014, p. 53), “o centro do transtorno do abuso de substâncias é a ‘pessoa como ser social e psicológico’”.

contra as regras do jogo do mercado. Para tanto, seria preciso educá-los, vigiá-los, puni-los e discipliná-los.

Foucault (1979) indica como isso se faz por meio de técnicas detalhadas. Entre elas, o esquadramento do espaço e do tempo, assim como a vigilância sobre os sujeitos. Como resume Machado (1979, p. 17):

em primeiro lugar, a disciplina é um tipo de organização do espaço. É uma técnica de distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. Isola em um espaço fechado, esquadado, hierarquizado, capaz de realizar funções diferentes segundo o objetivo específico que dele se exige. (...) Em segundo lugar, e mais fundamentalmente, a disciplina é um controle do tempo. Isto é, ela estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia (...). Em terceiro lugar, a vigilância é um de seus instrumentos de controle. Não uma vigilância que reconhecidamente se exerce de modo fragmentar e descontínuo; mas que é ou precisa ser vista pelos indivíduos que a ela estão expostos, como contínua, perpétua, permanente (...).

Entendemos que a metodologia das CTs se utiliza dessa tecnologia para corrigir sujeitos representados como improdutivos e rebeldes, num verdadeiro empreendimento moral pretensamente civilizatório.

Em outro veio interpretativo, Souza (2009) também destaca a importância de uma relação específica dos sujeitos com o tempo, quando aponta que, para conseguir participar da sociedade moderna como pessoa de valor, o indivíduo precisa deter disposições como pensamento prospectivo, autocontrole e disciplina. Estas disposições ensejariam “o cálculo e a percepção da vida como um afazer racional” (Souza, 2009, p. 25), uma vez que requerem uma concepção de tempo linear, em que os atos individuais possuem causas e geram consequências. Para o autor, esta concepção seria pré-condição para uma trajetória bem-sucedida na escola, no mercado de trabalho e em outros campos e instituições sociais, para os quais o sucesso nos dois primeiros é essencial.

Explorando esse mesmo veio, outros autores argumentam que as pessoas que fazem uso intensivo de substâncias psicoativas sofreriam de uma espécie de hipertrofia do presente.

Já foi levantado que o campo múltiplo das adições como um todo pode ser reduzido, inicialmente, a um elemento essencial comum: o estreitamento da temporalidade da consciência ao instante (Messas, 2014). A existência, subjugada ao instante, perderia sua capacidade de individualizar-se no tempo. A vida torna-se uma sequência de instantes que não compõe uma biografia fértil (Messa *et al.*, 2016, p. 151).

Nesse mesmo sentido, Arenari e Dutra (2016) atribuem o relativo sucesso de alguns programas de reabilitação de usuários intensivos de *crack*¹⁶ à sua eficácia em ajudar os sujeitos a reconstruírem sua relação com o tempo, através do que se atenuaria sua submissão àquilo que os autores chamam de ditadura do presente, alimentada por sua dificuldade de projetar o futuro.

A partir de pesquisa com usuários de *crack* vivendo em situação de rua, nos grandes centros urbanos brasileiros, os autores argumentam que a hipertrofia do presente, vivida pelos sujeitos nestas condições, estaria associada primeiramente aos agudos processos de desfiliação social por eles experimentados – da perda de laços familiares à sua desvinculação de instituições sociais fundamentais da vida moderna, tais como a escola e o mercado de trabalho.¹⁷

Segundo os autores, o acesso dos indivíduos a estas instituições, assim como a manutenção de vínculos estáveis com elas, seria determinante para sua integração social – para seu reconhecimento como pessoas de valor – na medida em que “as instituições trazem em si uma noção de futuro que delegam aos sujeitos” (Arenari e Dutra, 2016, p. 185).

Cada instituição traz em si, mesmo que rudimentarmente e opacamente, uma noção de trajetória de ação que, por seu lado, constrói uma noção de linha temporal (categoria de tempo) e, mais importante que tudo, uma noção de futuro. (...) É uma noção de futuro bem estruturada, com cursos de ação definidos, que cria no sujeito uma considerável segurança sobre o que vem depois de cada ação ou decisão, no processo de recriação da pessoa social (*op. cit.*, p. 185-186).

É nesse sentido que os autores argumentam que “as instituições operam como máquinas produtoras de futuro, enquanto projetoras e delineadoras do horizonte de ação do sujeito, no que se refere à criação de trajetórias” (Arenari e Dutra, 2016, p. 184).

É por essa chave, também, que os autores entendem que instituições que pretendem atender usuários problemáticos de drogas com o propósito de atenuar sua relação extrema e privilegiada com essas substâncias têm mais sucesso quando conseguem lhes ofertar “pequenos futuros”: “um sistema de recompensas afetivo-morais que gerem expectativas e reconstruam uma noção procedural dos eventos numa linha temporal” (Arenari e Dutra, 2016, p. 187).

Isso se faria pelo estabelecimento de metas e compromissos modestos a princípio, mas que, se cumpridos, resultariam em recompensas afetivas, morais e

16. Os autores se referem explicitamente aos programas De Braços Abertos (DBA) e Cristolândia, que eles conheceram quando de sua pesquisa em São Paulo, na região da cracolândia.

17. Com efeito, pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Bastos e Bertoni, 2014) aponta claramente o desengajamento, ou não engajamento, dos sujeitos encontrados nas cenas de uso de *crack* das grandes cidades destas três instituições fundamentais: família, escola e mercado de trabalho.

sociais – que favoreceriam, paulatinamente, a reversão do descrédito social desses sujeitos (frequentemente produzido pela sua insuficiência de autocontrole e pela imprevisibilidade de seu comportamento, em face do uso intensivo e compulsivo de drogas). Para os autores, ainda que com pretensões diferentes, tanto o programa DBA, da Prefeitura de São Paulo,¹⁸ quanto o Cristolândia – organização religiosa de filiação evangélica que atua na região chamada de cracolândia paulista –, e mesmo as CTs, teriam o mérito de investir na construção de pequenos futuros ao atribuírem a esses usuários funções de responsabilidade, mesmo que com baixa expectativa de retorno (Arenari e Dutra, 2016, p. 188): “este reconhecimento social, ofertado por uma instituição social (laica ou religiosa), estimula no indivíduo a construção de metas obrigatórias viáveis, de curto prazo. A noção de responsabilidade quebra a ‘ditadura do presente’” (*idem, ibidem*).

Os autores ainda vão além ao sugerir que as CTs vinculadas a instituições religiosas poderiam mesmo possibilitar a construção de “grandes futuros”. Seria o caso daquelas que oferecem chances para que os sujeitos ascendam na hierarquia de suas congregações, tornando-se, por exemplo, obreiros e até pastores de igrejas, ao longo de sua trajetória. Além do prestígio de que estas posições desfrutam, tais instituições ofertariam um conjunto de novas chances de engajamento social, inclusive no mercado de trabalho (Arenari e Dutra, 2016).

A ideia de hipertrofia do presente parece promissora, enquanto pista para a compreensão de situações psicossociais em que acabam enredados alguns usuários problemáticos de substâncias psicoativas (SPAs). Do mesmo modo, a possibilidade de oferta de pequenos futuros parece uma saída potencial para esta situação. É neste sentido que as técnicas de administração/gestão do tempo dos internos, tal como utilizadas pelas CTs, podem ser centrais para promover o seu engajamento em projetos de transformação de si.

Não obstante, a eficácia dessas técnicas é limitada, pois, como já registramos anteriormente, uma expressiva maioria de pessoas que ingressam em uma CT não se engaja no tratamento (70%, em média).

3 A GESTÃO DO TEMPO PELAS ROTINAS E HORÁRIOS

O cotidiano das CTs é marcado por atividades que se repetem a cada dia. Ao ingressarem no tratamento, os residentes são inseridos numa rotina formalmente administrada, e não são autorizados a recusar sua participação nas atividades propostas.¹⁹ Assim, ele, ou ela, passa a ter horário certo para despertar, fazer

18. O programa vigorou entre 2015 e 2017.

19. Segundo os dados do *survey* sobre as CTs brasileiras (Ipea, 2017), apenas 45,2% autorizam seus internos a não atender a cultos e ritos religiosos; 38% os autorizam a não frequentar os cursos oferecidos pelas CTs, e somente 26,2% permitem que não realizem as tarefas de laborterapia.

as refeições, realizar a laborterapia, ouvir palestras, realizar orações, bem como descansar, seja no meio ou ao final do dia. Todas as atividades devem ser realizadas nos horários e nos prazos previstos pela instituição.

Reproduziremos a seguir nossas anotações de campo sobre a rotina de uma das CTs pesquisadas. No entanto, cabe dizer que tal rotina é muito semelhante nas outras instituições visitadas por nós e pelos demais antropólogos da equipe de pesquisa.

Todas as manhãs, de segunda a sexta-feira, acorda-se às 5h30. Às 5h45 todos devem estar prontos para o café da manhã. Antes de comer, é necessário que façam uma oração, para agradecer a comida do dia e pensar em quem está lá fora, vivendo em situação de uso abusivo de drogas.

Vimos agradecer, Senhor, o alimento que vamos ter. Que Deus abençoe as mãos de quem plantou, colheu, preparou e nos trouxe até a mesa. Que não o deixe faltar em nossas mesas, nem na dos mais necessitados. Força recuperação! Força união! Força! É só por hoje. Bom dia e bom café da manhã.

Depois dessa oração, cada interno pega seu alimento, que, nas CTs em que estivemos, consiste em pão com margarina e uma caneca de leite com café. Em algumas CTs, não é permitido tomar café, pois a cafeína também é considerada uma droga.

Às 6h10 inicia-se a atividade espiritual da manhã, que dura cerca de uma hora. Tal atividade consiste em leituras, orações e reflexões em torno da importância da fé em Deus para o abandono do uso de álcool e outras drogas. Em algumas instituições, esta atividade ocorre várias vezes por dia. Também é comum entoarem-se hinos e louvores cristãos. Muita energia é depositada nestas práticas. Pedidos são feitos em nome de si mesmo, dos companheiros de tratamento e daqueles que estão nas ruas, vivendo um tempo de sofrimento. As falas são de agradecimento, por estarem longe do uso de drogas, acompanhadas de pedidos para permanecerem distantes deste uso pelo maior período de tempo possível.

Ao terminarem as atividades espirituais, os residentes realizam a laborterapia. É comum que, antes de iniciá-la, os internos façam a oração da serenidade: “conceda-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para distinguir umas das outras”.²⁰ Após a oração, entoam uma espécie de grito de guerra: “Força recuperação! Força união! Força! É só por hoje. Bom dia e bom trabalho”.

Para essa atividade, os residentes são divididos em diversos grupos, aos quais são atribuídas distintas funções: limpeza interna da sede da CT (banheiros, dormitórios e salas), para uns, capina do terreno, cuidados com hortas e jardins

20. De origem controversa, essa oração se difundiu principalmente por meio dos grupos de AA.

para outros. Não estivemos em nenhuma CT na qual a laborterapia implicasse trabalho muito intensivo ou exaustivo. Fomos informados de que, em algumas instituições, são realizados trabalhos de produção agrícola e agroindustrial em grande escala. Também são comuns a confecção de produtos de marcenaria e a reciclagem de materiais descartados, entre outras atividades cuja produção é posteriormente comercializada pela CT, a fim de levantar recursos financeiros para a sua manutenção.

Observamos que os residentes adotam uma classificação hierárquica das tarefas de laborterapia: capinar o terreno é considerado um trabalho mais pesado que a limpeza da área interna. Os trabalhos de cozinha – preparação de alimentos, higienização do local e de seus utensílios – são reputados como desgastantes, por tomarem muito tempo daqueles a quem são atribuídos – estes são os primeiros a acordar e os últimos a se recolher à noite. Em alguns casos, a atribuição de serviços mais pesados pode estar associada a castigos ou punições. A percepção do tempo pelos residentes, assim, também é influenciada pelo tipo de atividade de laborterapia que lhes é destinado.

No meio da manhã (por volta das 9h30), há pausa na laborterapia para a realização de um lanche. Esta pausa pode durar até trinta minutos. Depois disso, os residentes retornam às atividades laborterápicas até a hora do almoço. Este é servido, em geral, às 12h, após a repetição do ritual de agradecimento pelo alimento, assim como do pronunciamento de pedidos por recuperação e união. Formam-se, então, filas para o recebimento dos alimentos.

Após essa refeição, é permitido que os internos descansem por algum tempo. Nesses momentos, pode-se inclusive dormir um pouco. Mas todos são despertados às 13h30, pois às 14h começam as reuniões (a depender do cronograma do dia, quando não há reuniões previstas, retorna-se à laborterapia). As atividades são interrompidas às 17h30, havendo trinta minutos de intervalo até a nova sessão de atividades espirituais, que em geral começa às 18h e termina na hora do jantar (19h).

Depois do jantar, os residentes se encontram num salão, seja para receberem avisos, seja para realizarem alguma atividade específica, ou ainda para gozarem de um tempo livre – a depender do dia da semana. A casa onde dormem é, impreterivelmente, fechada às 22h, de domingo a quinta-feira, ficando aberta até às 23h nas sextas-feiras e nos sábados.

Os dias seguem uma rotina muito parecida a cada semana, com variações pequenas. Estas ocorrem, por exemplo, quando entram novas pessoas no espaço. Mas, mesmo quando do ingresso de novos residentes, as conversas e as discussões são sempre muito parecidas. Geralmente se dão em torno de como conquistar a abstinência e de quais os melhores recursos para se atingir este fim.

Os dias com menos atividade são aqueles considerados os mais difíceis de se atravessar. É o caso dos finais de semana. Embora todos tenham, mesmo nestes dias, que acordar às 6h, realizar as práticas de espiritualidade, arrumar a casa e preparar as refeições, ainda dispõem, nestes dias, de mais tempo livre. Até porque só lhes é permitido voltar para a cama – seja para dormir ou apenas descansar – após o almoço.

A maior ociosidade nos fins de semana, ainda que programada, gera grande ansiedade nos internos, embora também crie oportunidades para conversas mais longas entre eles. Nestas conversas, são frequentes as referências ao receio de recaída, assim como ao entendimento do processo de tratamento como algo de difícil aceitação. Tudo isto faz parecer que o tempo passa mais lentamente, abrindo espaço para as inconstâncias do tratamento (Rui, 2010).

Embora os residentes manifestem seu desejo de se manterem firmes no propósito (Nunes, 2016), há momentos em que o cansaço se abate sobre eles, seja por estarem retidos no local, seja pelas eventuais dificuldades de convivência com os pares, ou por outras razões. A resistência a este cansaço é nutrida pelo discurso de que aquele sofrimento, pelo qual estão passando ali, é parte do processo de conquista da abstinência, e pela ideia, muitas vezes reiterada, de que o sucesso no tratamento depende principalmente deles e delas.

Isso porque, conforme um manual para residentes²¹ oferecido por uma das CTs que pesquisamos, “não há ‘curas rápidas’ ou *band-aids* para alcoolismo e dependência química. Você deve ter a vontade de reavaliar sua própria proposta de vida, se quer se beneficiar de sua estada na fazenda” (grifo nosso).

4 O RITMO DO TRATAMENTO DITADO POR SUAS FASES

Além da nova rotina que é imposta aos residentes, a administração do tempo numa CT marca também o ritmo do tratamento. Este ritmo é dado, entre outras coisas, pela própria segmentação do programa terapêutico em diversas fases.

Como foi possível constatar em pesquisa de campo, e também pelos dados do *survey* da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), a maioria das CTs no país organiza o tratamento em três ou quatro etapas, distribuídas ao longo da duração da internação, variando de seis a dezoito meses. Muitas adotam o período de nove meses, associando o término da internação a um “novo nascimento” daqueles que concluíram todas as fases previstas.

A primeira fase do tratamento se destina, em geral, à desintoxicação e à superação dos sintomas da abstinência pelo interno, bem como à sua adaptação

21. Documento não publicado, para fins exclusivos de gestão interna da CT.

ao ambiente. É neste momento que o novo residente se familiariza com o lugar, aprofunda seus conhecimentos sobre a metodologia do tratamento e é instado a reconhecer o seu problema (sua impotência em relação às drogas, sua dependência química). Esta fase pode durar de duas semanas a um mês.

Na segunda etapa dá-se o início do tratamento propriamente dito. É quando o interno deve participar de todas as atividades propostas pela CT – da laborterapia às atividades espirituais, passando ainda por reuniões de grupos de partilha e reflexão, psicoterapias e outras atividades, quando ofertadas.²² Durante esta fase – na maioria das vezes correspondente a três meses –, espera-se que os(as) internos(as) já tenham aceitado o tratamento,²³ e que venham a assimilar mais plenamente as propostas da CT. Observamos que, neste momento, o tempo institucional já penetrou no próprio corpo do(a) residente. A internalização do ritmo institucional e o cumprimento exato do calendário de atividades diárias forjam, então, a disciplina institucional.

Na terceira etapa, já adaptado(a) à rotina institucional, o(a) residente deve, aos poucos, ser reinserido(a) socialmente, ou seja, começar a realizar saídas terapêuticas, para visitar parentes e amigos ou para tratar de alguma necessidade, buscando conciliar o aprendizado obtido na instituição com o mundo exterior.

Em muitas CTs, a passagem de uma fase a outra é marcada por rituais, em que os internos que se “graduam” são celebrados e cumprimentados por seus pares e pela equipe dirigente. As transições podem implicar mudança de dormitório, de atividades e de responsabilidades para com a CT. Em alguns casos, são ofertados aos “graduandos” objetos ou insígnias que expressam simbolicamente sua evolução no tratamento. É nesses momentos que os residentes mais antigos, que tenham demonstrado efetivo engajamento no tratamento, assumem funções de coordenadores, monitores ou “padrinhos” dos iniciantes, com o encargo de suporte emocional e, também, de vigilância.

Essas transições e seus ritos tornam visível, para os internos, o sistema de recompensas afetivo-morais que contribuiriam, segundo Arenari e Dutra (2016), para enfraquecer a ditadura do presente. Ao concretizar pequenos futuros, elas reforçam o sentido evolutivo do tratamento, ajudando no esforço de (re)construção, pelos sujeitos, de uma noção do tempo como sucessão de eventos que se conectam por relações de causa e efeito.

22. São grandes as diferenças de estrutura e recursos entre as CTs. Assim, algumas apresentam muito mais ofertas terapêuticas que outras. As grandes CTs tendem a ser mais estruturadas e a oferecer mais serviços terapêuticos do que as menores.

23. Isso é, se dispostos a cumpri-lo.

5 A RESSIGNIFICAÇÃO DO PASSADO COMO ESTRATÉGIA DE PROJEÇÃO DO FUTURO

A transformação subjetiva pretendida pelo modelo das CTs requer, ainda, a ruptura dos residentes com o seu passado de uso de drogas. Se no passado eles ou elas viviam no ritmo do consumo de drogas – associado à sujeira, à doença e ao pecado –, no presente vivem no ritmo da CT. No decurso desta fase são estimulados a projetar o futuro: um futuro pautado pelos princípios e valores do mundo do trabalho, da família e da religiosidade – tudo o que supostamente não tinham, ou perderam, devido ao uso de substâncias psicoativas.

Nessa fase, os residentes são convocados a falar em público, durante as reuniões de partilha, sobre todas as coisas erradas que faziam durante a ativa, admitindo sua culpa pelo uso de substâncias ilícitas, pelas perdas sofridas em decorrência do vício, pelos sofrimentos que perpetraram a seus familiares etc. Trata-se de um esforço, induzido pela CT, de levá-los(as) a ressignificar o seu passado de uso de drogas, não mais como um tempo de experiências prazerosas, mas como algo ruim em si mesmo, nefasto para eles(as) próprios(as) e para seus entes queridos.

Como parte desse esforço de ressignificação do passado, figura também a regra, bastante generalizada entre as CTs, segundo a qual os internos devem evitar quaisquer conversas acerca das antigas práticas de uso de drogas – a não ser em situações terapêuticas (reuniões, rituais, consultas) mediadas por um educador (membro da equipe dirigente). A justificativa apresentada é de que isto poderia incitar seu desejo de novamente usar drogas – contra o que seriam incapazes de reagir. Ao mesmo tempo, recomenda-se aos residentes evitar expressões e vocábulos comuns ao “mundo das drogas” – em geral, gírias utilizadas durante a ativa, apelidos, palavrões –, bem como trocas de objetos entre os pares. Segundo uma compreensão que é muito recorrente nas CTs, a troca de objetos pessoais por outros, ou por dinheiro, entre os residentes é uma prática muito comum do período da ativa, cujo objetivo final seria obter recursos para comprar drogas.²⁴

Com o passar do tempo, podem-se perceber mudanças em alguns indivíduos, ou, ao menos, tentativas de alguns deles de se abrir a mudanças. Seus corpos ganham peso e a linguagem que passam a adotar contém termos e expressões repetidas *ad nauseam* nas reuniões e rituais da CT, tais como: “só por hoje”²⁵ e “força companheiro!”. Passam a ser frequentes as referências à família, termo que designa não só a parentela dos residentes, mas também o conjunto de pares da CT.

É certo que a experiência transcendental (as práticas espirituais) e as reuniões de partilha e de grupos de ajuda mútua, além da própria aceitação da condição de adicto,

24. A vigilância sobre essas trocas é feita o tempo todo nas CTs, e a supressão dessa prática é um objetivo muito valorizado do tratamento.

25. Expressão oriunda da metodologia dos Doze Passos.

são parte desse processo. Contudo, nos parece que a sujeição dos corpos a uma nova temporalidade – acordar cedo, ter uma rotina tanto de trabalho e refeições como de descanso – assim como a ressignificação do passado e a marcação temporal de um antes e um depois são elementos-chave para a consecução dos objetivos do tratamento.

6 REFAZER O TEMPO, RECONSTRUIR SUJEITOS: REFLEXÕES FINAIS

Nosso objetivo, neste capítulo, foi refletir sobre um elemento específico da metodologia adotada pelas CTs: a gestão do tempo dos internos e seus efeitos. Como vimos, as CTs colocam como seu propósito mais ambicioso e nobre a transformação das subjetividades daqueles que acolhem para tratar do que chamam de dependência química. Tal intuito é possível tendo em conta a premissa de que é o sujeito como um todo, e não somente sua doença, que precisa ser transformado.

Em todas as quatro CTs que pesquisamos, a administração do tempo – realizada por meio da rotinização de atividades e tarefas cotidianas, da sucessão de etapas do tratamento e da ressignificação do passado – nos parece elemento-chave para a indução do engajamento institucional dos internos, o qual, por sua vez, é condição necessária para a realização das mudanças subjetivas pretendidas. Ao promover o regramento do tempo dos internos, as CTs objetivam levá-los a romper com a vida que tinham antes e a projetar um futuro mais consoante com as disciplinas da sociedade moderna.

As mudanças subjetivas devem se dar numa direção específica: espera-se que os novos sujeitos sejam abstinentes, produtivos, disciplinados e espiritualizados. Neste sentido, pode-se dizer que as CTs propõem dotar os seus internos de utilidade e docilidade – conforme os termos de Foucault (1979). Ali, sujeitos vistos como desorganizados, desregrados e degradados são submetidos a disciplinas que incidem diretamente sobre seus corpos – por meio das rotinas e do regime de trabalho e descanso.

A organização da rotina, com horários estritos para diversas atividades diárias, e o escalonamento do tratamento em fases sucessivas vão remodelando os corpos e disputando a alma dos sujeitos com outros desejos e vocábulos. Nesta disputa, o exercício de ressignificação do passado de uso de drogas contribui para reforçar o projeto normalizador. O passado, doravante, só deve ser lembrado em seus piores momentos e por seus piores efeitos. Desqualifica-se qualquer memória de prazer decorrente do uso de drogas. Abole-se o uso de expressões de linguagem consideradas associadas ao mundo das drogas e a um tempo que não deve mais voltar. A ressignificação do passado é tida, ainda, como condição necessária para que os residentes venham a poder projetar e perseguir um novo futuro – um futuro sem drogas e de inserção no mercado de trabalho, na escola, na igreja, na família.

Nesse sentido, a construção de pequenos futuros, como apontam Arenari e Dutra (2016), pode ser entendida como uma estratégia eficaz para o projeto das CTs de forjar novos sujeitos, e o manejo do tempo, uma variável fundamental no processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Alcoólicos Anônimos**: a história de como muitos milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo. São Paulo: CLAAB, 1994.
- ARENARI, B.; DUTRA, R. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático de crack. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CANONICO, L. **Entre usuários e traficantes**: múltiplos discursos “sobre” e “da” prática dos agentes de segurança na “cracolândia”. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.
- DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2014.
- FIORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2006.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- _____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. [s.l.]: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>.
- MACHADO, R. Introdução. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- MESSA, G. *et al.* Uma psicopatossociologia das experiências dos usuários de drogas nas crackolândias/cenas de uso do Brasil. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.
- NUNES, M. C. **Firmes nos propósitos**: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

PINEL, P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (extratos sobre a mania e sobre o tratamento moral). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano 7, n. 3, p. 117-127, set. 2004.

RUI, T. A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica. **Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 3, n. 8, p. 45-73, 2010.

SHIMOGUIRI, A. F.; COSTA-ROSA, A. da. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 845-856, 2017.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, A. S. V. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 121-132, jan./dez. 2008.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CANONICO, L.; NUNES, M. C. O propósito é um só? *In*: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30., 2016, João Pessoa, Paraíba. **Anais...** Paraíba: UFPB, 2016. Disponível em: <http://www.30rba.abant.org.br/simposio/view?ID_MODALIDADE_TRABALHO=2&ID_SIMPOSIO=54>. Acesso em: 4 abr. 2017.

HALL, W.; CARTER, A.; FORLINI, C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 1, p. 105-110, 2015.

RUI, T. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A TRANSFORMAÇÃO MORAL DOS INDIVÍDUOS: ENTRE O RELIGIOSO-ESPIRITUAL E O TÉCNICO-CIENTÍFICO

Jardel Fischer Loeck

1 INTRODUÇÃO

O grande objetivo das comunidades terapêuticas (CTs), segundo seus próprios operadores, é promover a transformação subjetiva-moral dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas (SPAs)¹ segundo padrões considerados nocivos, problemáticos e/ou dependentes.² Para tanto, é essencial o cultivo da espiritualidade para aqueles que se submetem ao seu tratamento,³ tanto quanto a abstinência total do uso de qualquer substância psicoativa. Em função disso, não é raro que se interprete a metodologia de cuidado adotada pelas CTs como um programa voltado meramente à conversão religiosa, e que se pense essas instituições como espaços nos quais circulam apenas discursos e práticas de natureza espiritual e/ou religiosa.

Pesquisas empíricas já constataram que muitas dessas instituições incorporaram saberes e práticas oriundos do campo técnico-científico – das áreas da saúde, assistência social, entre outros –, o que levou alguns analistas a classificá-las segundo dois tipos ideais:⁴ existiriam, assim, CTs religiosas, de um lado; e laicas, de outro (Valderrutén, 2008). Mais recentemente, a pesquisa *Perfil das Comunidades*

1. Nesse quesito estão abarcadas as substâncias ilícitas (maconha, cocaína, *crack*, *ecstasy*, ácido lisérgico etc.) e as lícitas (essencialmente o álcool, que deve ser evitado por todos, mesmo por aqueles que não o tinham como substância preferencial de uso; e alguns usos de medicamentos psicotrópicos).

2. Há bastante controvérsia a respeito das definições de dependência química, uso problemático e uso nocivo de substâncias psicoativas, mesmo dentro do próprio campo das ciências biomédicas, como demonstra Fiore (2009). Os dois manuais diagnósticos mais importantes nesse campo identificam o seguinte: a CID-10 (OMS, 1997) trabalha com as noções de uso nocivo (ou prejudicial) de substâncias e também com dependência de substâncias; o DSM-5 (APA, 2014) passou a utilizar uma gradação entre transtornos de usos de substâncias em graus leves, moderados ou graves. O que importa, no momento, é ressaltar que, nas CTs, a ideia do uso de substâncias psicoativas como um tipo de padecimento individual, seja nos moldes biomédicos, seja em leituras religiosas de cunho totalizante, é um pressuposto.

3. Por ser uma abordagem de cunho antropológico, opto por manter a categoria empregada pelas instituições e pessoas que foram interlocutoras no campo de pesquisa para se referirem ao período de acolhimento dos indivíduos, tanto no sentido de que aplicam um programa terapêutico, quanto no de que o cumprimento do programa se configura como um tratamento. Entretanto, por mais que se trate de uma categoria nativa, é importante ressaltar que há uma disputa em torno do uso dessa definição, que remete às próprias disputas ideológicas e práticas entre as CTs e a rede pública de saúde no Brasil. Para mais informações, ver capítulo 1 desta publicação.

4. De acordo com Weber (1980), tipos ideais são recursos analíticos que permitem certas caracterizações. No entanto, a probabilidade de existirem, enquanto tais, no mundo concreto, é mínima.

Terapêuticas Brasileiras (Ipea, 2017)⁵ indicou que um número considerável de CTs brasileiras adota recursos terapêuticos oriundos de medicina, psicologia e assistência social, sem, contudo, dispensar as práticas chamadas religiosas ou espirituais (Ipea, 2017). Esses dados nos sugerem que as CTs brasileiras, em sua variedade e heterogeneidade, adotam alguma forma de composição entre práticas e recursos técnico-científicos, de um lado; e religiosos-espirituais,⁶ de outro; apresentando, assim, configurações híbridas.

O objetivo principal deste texto é colocar em questão as tipologias que distinguem simplificadamente as CTs entre religiosas e laicas, argumentando que a diversidade de práticas encontradas nessas instituições as distribui ao longo de uma linha contínua, em que, num dos polos, se colocam aquelas em que predomina o tratamento religioso-espiritual; e no polo oposto, as que se caracterizam por adotar recursos técnico-científicos, ou laicos. Desse modo, sugiro que o chamado modelo de CT, ainda que ancorado em alguns pressupostos comuns, se materializa em diferentes configurações empíricas, que deslizam ao longo dessa linha, traçada entre as abordagens predominantemente religiosas e as predominantemente laicas.

Para tanto, parto dos dados empíricos, levantados pelo *survey* realizado em Ipea (2017), bem como das etnografias que realizei para a mesma pesquisa, em três CTs distintas: duas delas localizadas no estado do Rio Grande do Sul e uma no Acre. Nesse sentido, a reflexão aqui proposta difere das narrativas etnográficas de casos particulares, que abordam uma única instituição e seu funcionamento interno, comuns aos estudos sobre o tema no campo da antropologia (Rui, 2010; Machado, 2011; Aguiar, 2014; Loeck, 2014; Nunes, 2016).

O texto está organizado em duas seções principais e uma de reflexões finais. Na primeira delas, valho-me de dados quantitativos da pesquisa do Ipea (2017) para traçar um breve panorama sobre as CT no Brasil, no que diz respeito à orientação religiosa, aos recursos terapêuticos que elas informaram adotar, e à composição das equipes de trabalho. Trata-se de uma abordagem mais ampla, que sugere a hipótese de que diversas CTs apresentam, atualmente, uma configuração *híbrida*.

Na segunda seção, trago alguns dados das três comunidades pesquisadas, relativos ao seu espaço físico, programa terapêutico, equipe de trabalho, atividades cotidianas e relações interpessoais. Não se trata de uma descrição densa (Geertz, 1989), mas de apresentar elementos empíricos que possam oferecer um panorama geral de cada um dos locais pesquisados.

5. Ver a descrição detalhada da referida pesquisa em Ipea (2017).

6. Não me aprofundarei a respeito das distinções conceituais entre as ideias de *espiritual* e de *religioso*. Pretendo, com o uso do termo hifenizado, poder abarcar tanto as ligações que os indivíduos constroem com alguma ideia de "Deus" (espiritualidade), quanto aquelas que constroem com as "religiões" (religiosidade). Para uma discussão conceitual desses termos, consultar Koenig (2012), ou o artigo de Mercante (2013a).

Ao final, apresento breves reflexões, a partir da literatura antropológica, sobre a ideia de *conversão* que muito se associa às CTs e seus programas de tratamento. Proponho que essa associação não precisa necessariamente ser descartada, mesmo se pensarmos nessas instituições a partir de suas configurações híbridas mas, sim, revista e pensada de maneira mais ampla do que no sentido estritamente religioso-espiritual.

2 CTs NO BRASIL HOJE: DESLIZAMENTOS ENTRE O MODELO RELIGIOSO E O BIOPSISSOCIAL DE ABORDAGEM DO USO PROBLEMÁTICO DE PSICOATIVOS

Se esvaziássemos a expressão comunidades terapêuticas de todas os significados que já lhe foram associados, poderíamos imaginar que se resume numa comunidade de indivíduos que conteria, em sua própria dinâmica cotidiana, algum tipo de resolução terapêutica para o uso problemático ou nocivo de substâncias psicoativas, que fazem alguns indivíduos. Não. O modelo institucional das CTs parte de uma ideia de *comunidade* um tanto diferente. Algo criado, inventado e constituído por supostos *iguais*, indivíduos que passam a compartilhar de uma mesma definição patológica, de um diagnóstico comum e de uma mesma caracterização moral, que se confunde com sua própria constituição identitária: a de pessoas doentes e/ou moralmente fracas, em função do uso (problemático) que fazem de drogas.

Essas comunidades se situam à parte da vida social e comunitária originária das pessoas que nela vão residir. Ali, essas pessoas são mantidas, por algum tempo, em situação de isolamento. A CT consiste, assim, de um espaço de convivência compartilhado por indivíduos identificados como usuários problemáticos – ou dependentes – de psicoativos, que são temporariamente retirados do seu convívio social, com o propósito de, por meio de uma transformação subjetiva, suspenderem o uso de substâncias psicoativas e adotarem um estilo de vida abstinente.

O tratamento oferecido por essas instituições é pautado no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade. Além da total abstinência de substâncias psicoativas, a metodologia de tratamento se baseia no cultivo da espiritualidade e no exercício do trabalho e da disciplina. O método aposta ainda no convívio entre pares – indivíduos que, supostamente, compartilham de um mesmo problema, o uso problemático ou dependente de psicoativos – nos espaços de isolamento. Grande parte das CTs estabelece o período de nove meses ou mais para a duração do tratamento. Durante esse tempo, os residentes devem se submeter a uma rotina regrada, em que está prevista a realização diária de atividades de trabalho (manutenção, organização e limpeza dos espaços físicos da instituição); de cultos religiosos e outras atividades relacionadas à religiosidade; além de reuniões em grupo para partilha de sentimentos, e, eventualmente, consultas individuais ou coletivas com terapeutas.⁷

7. Naturalmente, há variações entre as CTs.

QUADRO 1
Modelo de programação de atividades semanais adotado pelas instituições

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	7h30 - Despertar
7h - Café	7h - Café	7h - Café	7h - Café	7h - Café	7h - Café	8h - Café
8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	9h - Culto
9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	10h - Livre
10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade lúdica	10h - Livre	12h - Almoço e depois tarde e noite livre
11h - Livre	11h - Livre	11h - Livre	11h - Livre	11h - Livre	12h - Almoço e depois tarde livre	19h - Jantar
12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	19h - Jantar	22h30 - Horário de dormir
14h - Laborterapia e atendimento psicológico	14h - Psicoterapia em grupo (2 grupos)	14h - Laborterapia e atendimento psicológico	14h - Atividade em grupo (prevenção de recaída)	14h - Laborterapia e atendimento psicológico	20h - Atividade em grupo opcional (filme)	
17h - Livre	16h - Livre	17h - Livre	15h - Livre	17h - Livre	22h30 - Horário de dormir	
19h - Jantar	19h - Jantar	19h - Jantar	19h - Jantar	19h - Jantar		
20h - Culto	20h - Culto	20h - Culto	20h - Culto	20h - Atividade em grupo (filme)		
21h - Livre	21h - Livre	21h - Livre	21h - Livre	21h - Livre		
22h30 - Horário de dormir	22h30 - Horário de dormir	22h - Futebol na televisão (opcional)	22h30 - Horário de dormir	22h30 - Horário de dormir		

Fonte: Ipea (2017).

As CTs são iniciativas não governamentais, algumas delas mais antigas que a própria Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, instituída em 2003.⁸ Entretanto, desde 2011, estas instituições passaram a ser reconhecidas como complementares à Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. O financiamento público a estas entidades, pelo governo federal, data de 2010/2011,⁹ ainda que, no âmbito dos estados e municípios, isso venha ocorrendo há mais tempo.¹⁰

Ao longo do tempo, e em decorrência de legislação regulatória nacional,¹¹ as CTs que pleiteiam recursos públicos passaram, cada vez mais, a agregar às suas práticas saberes técnico-científicos oriundos da medicina, da psicologia, da assistência social, entre outros. Assim, por mais que hoje, no Brasil, essas entidades sejam comumente percebidas como instituições de tratamento religioso, a pesquisa que serve de base para este capítulo mostra que esse não é um universo homogêneo. As CTs apresentam configurações híbridas e fluidas, que deslizam entre os paradigmas religioso-espiritual e técnico-científico, em sua percepção e definição sobre as pessoas que fazem usos problemáticos de SPAs.

Não obstante, ambos os paradigmas parecem nutrir uma base comum para as percepções morais que as instituições detêm sobre seus clientes. Seja a partir da ideia de *pecado* ou de *doença incurável*, o uso problemático de drogas é percebido como um problema do indivíduo – independente do contexto social em que vive – e que só por ele pode ser enfrentado. Esta percepção acaba por “colar” uma marca inescapável de desviante (Becker, 2008) no sujeito, que a incorpora; e produzir, no dizer de Lima (1990), a própria institucionalização do desvio.

8. Ipea (2017, p.17) identificou que 21% das CTs brasileiras foram fundadas até o ano de 1995, e mais 40,8% entre os anos de 1996 e 2005. Isso indica um grande número de entidades existentes antes de 2003 ou que passaram a existir concomitantemente à citada rede pública de atenção em saúde.

9. Por força do Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack – Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (Brasil, 2010) –, que determinou o financiamento federal dessas entidades pela Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (MJ), com recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

10. É importante ressaltar que a conformação dessa rede de atenção não é isenta de conflitos, uma vez que os princípios norteadores da política do SUS se alinham com as práticas de redução de danos, enquanto as comunidades terapêuticas se pautam pelo ideal de abstinência. Para mais informações, ver capítulo 1 desta publicação.

11. Atualmente, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Brasil, 2011). Esse regulamento substituiu a RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, também da Anvisa. A RDC nº 101 indicava em seu texto a exigência de equipe técnica mínima, sendo um profissional da saúde ou serviço social como responsável técnico. Mesmo com o texto da RDC nº 29 tendo revogado esta exigência, e focado mais em regulações sobre a estrutura física das CTs, o reflexo da inserção dos profissionais de saúde e assistência social parece ter perdurado.

O *survey* apresentado em Ipea (2017)¹² indica que cerca de 83% das CTs brasileiras possuem alguma orientação religiosa, sendo 47% delas evangélicas e 27% católicas – embora quase 18% dessas instituições se declarem sem qualquer orientação religiosa, mesmo as que praticam atividades de espiritualidade. Conforme as pesquisas etnográficas demonstraram, essas atividades se constituem, na maioria dos casos, de cultos religiosos, com louvores e pregações, palestras ou ainda, de estudos bíblicos.

Observando-se o número de profissionais de saúde e assistência social à disposição das CTs, constata-se uma significativa profissionalização dessas entidades, o que tem tornado o universo simbólico dessas instituições cada vez mais complexo. De acordo com os dados apurados por Ipea (2017), há cerca 1,1 psicólogo/a, em média, atuando como profissional contratado nas CTs brasileiras, além de 0,7 como voluntário, para cada instituição, em média. Em termos de assistentes sociais, encontra-se, em média, 0,7 desses profissionais contratados por instituição e 0,6 como voluntários. Encontra-se ainda a média de 0,5 médico contratado e 0,6 médico voluntário por instituição; e a média de 0,4 enfermeiro contratado e 0,6 como voluntário, por instituição.

De qualquer forma, ainda são bastante numerosos – e mesmo preponderantes – os trabalhadores não técnicos das CTs, geralmente mais vinculados à vertente religiosa do modelo. O número de sacerdotes por instituição é, em média, 1,9 como voluntário e 0,4 como contratado; de monitores,¹³ 2,7 voluntários e 2,5 contratados por instituição; e de coordenadores, 1,5 como voluntário e 1,5 como contratado. A composição final desses agentes, nos diferentes casos empíricos, pode conferir contornos bastante específicos ao tipo de tratamento oferecido por cada instituição, como veremos posteriormente.

Pode-se ainda observar o mencionado deslizamento entre as abordagens religiosas-espirituais e as técnico-científicas analisando-se as técnicas terapêuticas adotadas pelo conjunto de CTs, assim como as atividades realizadas cotidianamente pelos internos. A partir dos dados do *survey*, nota-se que 95,6% das instituições pesquisadas desenvolvem atividades de espiritualidade como recurso terapêutico;

12. Segundo Ipea (2017), o universo estimado de CTs atuantes no Brasil é de 1950. Essa estimativa deriva de cadastro realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Para mais informações, ver também o primeiro capítulo desta publicação.

13. Esta é uma categoria importante no contexto das CTs e vale uma breve explicação. Monitores são extremamente comuns no universo dessas entidades, pois são normalmente de ex-acolhidos de alguma instituição dessa natureza, que podem também ter participado de formações sobre dependência química (não necessariamente) e que exercem um papel importante no funcionamento das instituições. Ao mesmo tempo que lidam com o trato diário, mais cotidiano, dos acolhidos, exercem um tipo de vigilância institucional. Em termos gerais, eles se encontram em uma posição que pode proporcionar um sentimento de proximidade nos acolhidos, por serem normalmente eles próprios ex-acolhidos, mas não deixam de ser parte da equipe técnica dos órgãos, ou seja, são um braço institucional. Eles transitam entre “dois mundos”, o dos acolhidos, e o da equipe técnica. Cada monitor em específico pode ser mais próximo dos residentes ou da equipe técnica, variando de acordo com idiosincrasias individuais.

92,9% utilizam a laborterapia;¹⁴ 88,5% utilizam a psicoterapia em grupo; 84,6% a psicoterapia individual; 70% reuniões de Doze Passos, remetendo às reuniões dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos); entre outras atividades. É importante ressaltar que grande parte das instituições possui uma sobreposição dessas atividades, que acontecem concomitantemente durante o período do tratamento, em momentos específicos da rotina institucional diária.

No que diz respeito às atividades diárias de limpeza e organização das CTs, elas são realizadas por 95% das entidades; palestras diversas acontecem em 93,6%; atividades físicas ou desportivas em 90,7%; trabalhos de cozinha em 89,5%; leitura da Bíblia em 89%; orações e cultos em 88%; atendimento psicoterápico individual em 84,1%; e atendimento psicoterápico em grupo em 82,4%. A lista segue com outras atividades de recorrência diária menor, como reuniões de naturezas diversas (como as de ajuda mútua) e outras atividades laborais ou oficinas. A pesquisa deixa bastante claro que as atividades anteriormente apontadas (trabalho de manutenção da instituição, espiritualidade e atendimentos psicoterápicos) são as mais recorrentes no dia a dia institucional.

Os dados quantitativos apresentados também indicam que muitas CTs do Brasil possuem equipes de trabalho compostas por profissionais com formação universitária e técnica, ao lado de sacerdotes e missionários religiosos, sejam eles contratados pelas instituições ou voluntários. Esse é um indicativo de que talvez não seja muito frutífero, em termos analíticos, situar as instituições a partir de tipos-ideais, seja como instituições totalmente imersas no discurso religioso-espiritual; seja totalmente imersas no discurso técnico-científico das ciências biomédicas, psicologia e assistência social. Sendo assim, é possível pensar que, concretamente, as CTs transitam entre híbridos desses dois tipos-ideais, não se identificando, necessariamente, com o tipo religioso-espiritual nem com o tipo técnico-científico. Entendo que é mais adequado compreender o universo dessas entidades, ao menos no Brasil, como uma multiplicidade de configurações empíricas que deslizam entre esses dois tipos.

A seguir, apresento trechos retirados dos três trabalhos de campo etnográficos que realizei em três diferentes CTs, com o objetivo de explorar mais a fundo as questões antes mencionadas.

3 DIFERENTES ABORDAGENS DE UM MESMO MODELO TERAPÊUTICO: APROXIMAÇÕES E AFASTAMENTOS ENTRE TRÊS CTs

Na seção anterior argumentei, com base nos dados quantitativos da pesquisa, que o campo das CTs não é homogêneo. Alguns exemplos empíricos dessa diversidade

14. Laborterapia, no contexto das comunidades terapêuticas, diz respeito à atribuição de valor terapêutico a atividades laborais, como a limpeza do espaço físico institucional, manutenção de hortas e cuidado com animais (naquelas que possuem animais), atividades de preparo de alimentos para a coletividade e, em alguns casos, atividades laborais na confecção de produtos que serão vendidos para a manutenção da instituição.

serão apresentados, a seguir, por meio de relatos resumidos, que dizem respeito a três experiências de trabalho de campo etnográfico, empreendidas entre o segundo semestre de 2015 e o primeiro semestre de 2016. Devido a limitações de espaço, os relatos aqui apresentados não esgotam a riqueza dos universos particulares apreendidos em campo. O esforço será, em alguma medida, comparativo, buscando salientar diferenças e similaridades entre as três instituições e, principalmente, aspectos particulares da atuação de cada uma delas no que diz respeito às configurações híbridas entre os campos religioso-espiritual e técnico-científico.

3.1 CT 1¹⁵

A primeira instituição visitada – que chamaremos de CT 1 – localiza-se na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul e está em funcionamento há mais de trinta anos. Possui uma estrutura física nova e bastante adequada do ponto de vista das regras sanitárias e normativas governamentais. Quando essa entidade foi fundada, seu terreno ficava afastado da parte urbana da cidade, e, com o passar dos anos, a cidade cresceu no entorno da comunidade, tornando-se povoada por residências e alguns poucos estabelecimentos de comércio. O isolamento total do convívio social não é uma realidade nessa instituição, pois é possível observar, de dentro dos seus muros, o movimento do bairro.

Metade das cinquenta vagas ofertadas por esta CT eram, no momento do trabalho de campo, financiadas pelo governo federal (via SENAD/MJ). A instituição também possui outros convênios com o estado e o município, o que permite supor que o suporte financeiro dessa comunidade venha basicamente desses convênios com entidades governamentais.

A equipe é enxuta e se compõe de três obreiros (pastores), além do diretor e sua esposa e um psicólogo. Os obreiros moram com suas famílias dentro do terreno da instituição, em casas separadas, e se revezam no trato diário com os residentes. Nessa CT, os obreiros fazem o papel dos monitores, diferentemente de grande parte das demais instituições, que utilizam, como trabalho voluntário ou assalariado, a mão de obra de ex-acolhidos para acompanhar os novos ingressantes, nas atividades cotidianas que se desenrolam durante a internação. O diretor e sua esposa cuidam da parte administrativa e de algumas outras atividades, como palestras sobre dependência química. Há ainda um psicólogo, que trabalha alguns turnos durante a semana.

O psicólogo constitui-se em personagem emblemático daquela CT e representa, particularmente, um bom exemplo da hibridização entre recursos religiosos e científicos que ali ocorre. Originariamente, ele veio para atuar como pastor, tendo

15. Os nomes das instituições e das pessoas que eventualmente sejam citadas no decorrer desta seção serão omitidos, respeitando um acordo de sigilo estabelecido com as instituições, seus profissionais e residentes, durante o trabalho de campo.

sido devidamente ordenado para tal por uma instituição evangélica. Como pastor, ele funcionava como conselheiro espiritual, ou obreiro, como eles denominam a função. Posteriormente, porém, esse mesmo sujeito graduou-se como psicólogo e mudou de função no interior da instituição, passando a atender os residentes no consultório e a trabalhar com os prontuários, que a entidade precisa manter atualizados. Em função disso, os acolhidos que já o conheciam de internações anteriores passaram a chamá-lo, jocosamente, de “pastorólogo”.

Ele próprio me contou este fato, durante uma entrevista. Apesar de dizer que consegue “vestir diferentes chapéus”, distinguindo adequadamente as situações em que deve atuar com cada um deles, ele também demonstrou – em outro momento e talvez sem querer – que esta distinção é muito difícil, na prática.

Eu como psicólogo não posso indicar, pela ética, a minha igreja, ou qualquer outra. Eu sempre procuro dizer para ele que eu creio em Deus, mesmo que a psicologia muitas vezes coloque alguns pontos de interrogação sobre essa questão. Mas eu, como psicólogo, sou cristão. Creio firmemente que existe esse Deus que cuida da nossa vida.

Assim, a experiência de campo na CT 1 colocou em xeque, para mim, a já mencionada tipologia de CTs, que as distingue por seguirem ou o modelo religioso-espiritual ou o técnico-científico. Ali, esses modelos se complementam, inclusive na qualificação da própria equipe. Tanto o diretor, quanto dois dos três obreiros que ali atuam, passaram por formações em dependência química, o que lhes deu acesso a conhecimentos, técnicas e mesmo discursos originários do campo biomédico, relativos ao tratamento de usuários de drogas. Segundo o diretor da instituição:

quanto à dependência química, eu não tenho a menor dúvida de que é uma doença. Eu sempre estou falando para a equipe de trabalho que nós precisamos olhar a pessoa como um todo. E que a dependência precisa ser primeiramente vista como uma doença, e entender que não existe uma cura para ela. Porque nada indica ainda que exista uma cura. Eu acho que isso já é um bom começo. Eu acho que a parte espiritual, que é muito forte nas comunidades terapêuticas, eu vejo como algo muito importante. Mas eu não vejo a cura através da espiritualidade como um todo. Claro que existem casos, a gente percebe, que através da espiritualidade houve mudanças. Mudanças de comportamento, várias mudanças de estilo de vida.

Um dos obreiros (pastores) concorda:

uma coisa que acho bem legal é que a ciência e a religião andam juntas. Muitas vezes pegamos conceitos extremos de ambas as partes e dizemos que não. Eu creio fundamentalmente nos dois. Mas a minha conduta ainda é evangélica, cristã, a respeito de tomar minhas decisões.

Segundo o texto de seu programa terapêutico, a comunidade trabalha, primeiramente, a partir da noção de dependência química, interpretada como

uma doença crônica e incurável, ou seja, pretende-se que a base conceitual do tratamento oferecido seja técnico-científica. Ao mesmo tempo, também ocorrem práticas voltadas ao cultivo da espiritualidade-religiosidade, mas elas não constituem exatamente o centro do tratamento. Essas atividades, ao que parece, têm a função de prover algum tipo de sustentação moral, que guie os sujeitos, tanto durante quanto depois do tratamento, em sua vida fora da comunidade.

A entidade não é vinculada a nenhuma denominação religiosa específica, no entanto, as atividades espirituais-religiosas se orientam por elementos do cristianismo evangélico/protestante. Vale notar também que, embora seus dirigentes fossem vinculados a uma religião específica, não percebi que se buscava converter os acolhidos a quaisquer denominações pontuais.

Alguns internos me disseram que as práticas relacionadas à espiritualidade, naquela CT, eram “ *muito fortes e diferentes* ”, em comparação com outras instituições similares em que já haviam estado. Eles comentavam que ali “ *o tratamento é na base do amor, enquanto em outros lugares, é na base da dor* ”. Há ainda a percepção de que ali se dá um acolhimento incondicional na medida em que seu diretor recebe, repetidas vezes e sem restrições, uma mesma pessoa. Existem também casos de indivíduos que simplesmente não conseguem, no médio ou longo prazo, se desvincular da entidade. Esses casos, ainda que pouco numerosos, podem ser interpretados como um tipo de institucionalização.

Além de tornar o dependente um ser à parte, que receberá tratamento especial, contribui para institucionalizar a prática da dependência ao criar, no indivíduo, a necessidade de amparo assistencial (recuperação) e dependência do órgão detentor de legitimidade (Lima, 1990, p. 132 *apud* Rui, 2010).

O processo de engajamento subjetivo do indivíduo na rotina da instituição não me pareceu, contudo, *forçado*. Aparentemente, havia interesse da equipe em oferecer incentivos, conversar e motivar os acolhidos. Entretanto, pude observar, no dia a dia, a aplicação de algumas sanções (punições), como no caso de um rapaz que não pode ir jogar futebol com o restante dos residentes, em um ginásio localizado fora da instituição, porque ele não estava participando de cultos e palestras, além de estar desrespeitando o horário de despertar.

Segundo alguns profissionais da instituição, a tolerância ao não engajamento institucional poderia facilitar engajamentos mais “espontâneos”, a partir da ideia de que o processo de compromisso com o tratamento seria parte integrante do processo terapêutico. Não obstante, ainda segundo esses interlocutores, ela levaria alguns internos a “se acomodarem”, experienciando o período passado na comunidade como uma temporada em um hotel, no curso da qual evitam deixar-se tocar por qualquer apelo por mudanças subjetivas ou comportamentais.

Para o diretor da CT 1, ainda que o fato de indivíduos saírem e entrarem inúmeras vezes na instituição – após altas ou evasões, seguidas de recaídas – possa ser interpretado como indício da ineficácia do tratamento, pode-se considerá-lo, também, como uma prática de redução de danos, na medida em que, quando internados, os indivíduos permanecem em abstinência, minimizando, efetivamente, os riscos e danos decorrentes do uso contínuo e massivo de SPAs.

Entendo que, embora atraente, esse argumento é problemático, pois, ao contrário do referencial que dá sentido ao modelo Redução de Danos,¹⁶ a CT 1 parte da premissa de que o uso problemático de drogas é uma doença incurável. Como vimos, esse pressuposto tende a reforçar, naqueles indivíduos que retornam à CT, a ideia da inescapabilidade de sua condição de doente crônico. Pensando em termos de processos mais longos do que um evento interventivo, creio ser possível pensar que esse entra e sai da instituição seja exatamente o oposto da redução de danos, isto é, uma prática que promove a própria manutenção da dependência química como única possibilidade interpretativa da situação, no médio e no longo prazo, para aqueles indivíduos.

3.2 CT 2

Minha segunda experiência de campo ocorreu em uma instituição localizada na periferia de Rio Branco, capital do Acre, que está em funcionamento há mais ou menos vinte anos. À época de minha visita, sua estrutura física era bastante precária, mas estava em curso a construção de um novo alojamento em alvenaria, mais adequado às regras sanitárias vigentes.¹⁷ A comunidade é administrada por uma organização que possuía três unidades: a CT 2 e mais duas – estas últimas situadas no interior do estado. Na unidade que visitei, há espaço para acolher, ao mesmo tempo, até trinta pessoas, todas do sexo masculino.

A CT 2 é presidida pelo Mestre J. M., que também é o líder espiritual de um núcleo religioso inspirado em uma das religiões *ayahuasqueiras* do Brasil. O trabalho consiste, precisamente, na utilização do vegetal (*ayahuasca*)¹⁸ para a cura de pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

16. A redução de danos pode ser interpretada de diferentes maneiras: *i*) pode ser vista como um paradigma que constitui outro olhar sobre a questão das drogas e do álcool e institui outras tecnologias de intervenção, que respeitem a diversidade das formas de ser e estar no mundo, e promovam saúde e cidadania; *ii*) como um conjunto de estratégias construídas para e por pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas e lícitas e que buscam minimizar eventuais consequências negativas do uso dessas substâncias sem colocar a abstinência como único objetivo do trabalho em saúde; ou *iii*) como uma *política pública* centrada no sujeito e constituída com foco na promoção da saúde e cidadania das pessoas.

17. RDC nº 29/2011, da Anvisa, já citada.

18. O vegetal ou *ayahuasca* é uma bebida preparada com o uso de um cipó chamado *mariri* e as folhas de uma planta chamada *chacrona*. Trata-se de substância psicoativa cujo uso religioso é regulamentado no Brasil. Há uma diversidade de vertentes religiosas (simbólicas) que fazem uso desse chá em seus rituais. A respeito dos usos rituais dessa substância e das distintas linhagens das religiões *ayahuasqueiras* no Brasil, ver Goulart (2004), Labate e Araújo (2004), Labate e Goulart (2005) e Labate e MacRae (2010). A respeito dos usos terapêuticos do chá, especialmente no que diz respeito ao tratamento da dependência química, ver Gomes (2011) e Mercante (2013a; 2013b; 2017).

Esse núcleo, contudo, não é reconhecido pela organização religiosa na qual se inspira, constituindo-se como um trabalho paralelo, desenvolvido pelo Mestre J. M. Isso porque essa organização (a que chamarei aqui de oficial) não realiza e não autoriza a realização de trabalhos de cura. O núcleo do Mestre J. M. se difere também pelo modo como agrega seus sócios: enquanto a organização oficial só recebe novos membros se estes forem convidados por algum sócio antigo, o núcleo do Mestre J.M. recebe qualquer pessoa que deseje frequentar suas cerimônias e rituais. A “missão” que o próprio Mestre se atribuiu é a de acolher incondicionalmente qualquer um que necessite de cura, tanto “do corpo, quanto do espírito”. Segundo o Mestre, a CT 2 “vem auxiliar as pessoas a sair da escuridão, das entranhas do mal, da força negativa”. Segundo um dos voluntários da instituição, a CT 2 “está aí para ajudar a levantar os caídos”.

De acordo com a simbologia da religião *ayahuasqueira* que orienta esse espaço, o mundo é lido de maneira dual, a partir de pares de oposição: bem-mal, luz-escuridão, limpeza-sujeira, ordem-desordem. Qualquer coisa, pessoa ou circunstância será classificada em um dos desses polos, inclusive o uso problemático de drogas, que é associado aos segundos termos desses pares. Mestre J.M. entende que o uso do vegetal pode transformar as pessoas, levando-as à luz e à limpeza, com uma vida ordenada, espiritualizada e praticando o bem. A CT 2 acolhe principalmente pessoas em situação de rua ou de extrema vulnerabilidade social. Entre os internos, há muitas pessoas advindas do sistema prisional – o que decorre de um acordo estabelecido entre a CT e uma determinada juíza daquele estado, a qual encaminha alguns indivíduos para lá, para cumprimento de penas.

No mesmo terreno da instituição existe ainda um templo, destinado a cerimônias e rituais em torno do ayahuasca, e uma pequena vila, onde vivem ex-acolhidos e suas famílias, conformando uma comunidade com características muito próprias. Um muro separa a comunidade da vila, cujos habitantes, muitas vezes, têm empregos na cidade ou trabalham na própria vila, ou ainda, na própria CT.

Seu programa terapêutico tem a duração de nove meses. O uso do chá durante o tratamento difere daquele que é feito durante os rituais religiosos. Segundo trabalhadores e acolhidos da instituição, o vegetal trabalha no espírito e na matéria (corpo) das pessoas, transformando-as em “novas criaturas”. Ouvi relatos de pessoas que “tinham suas vidas escravizadas pelo inimigo”, “viviam vidas mundanas”, “eram do mundo”; e que, após o tratamento, passaram a fazer “coisas boas” – o que significa, naquele contexto, que tais pessoas passaram a compartilhar os valores da espiritualidade, do amor ao próximo, da família e do trabalho.

O uso problemático de SPAs é definido na CT 2 como um problema espiritual, e o tratamento oferecido é voltado à cura espiritual, que implica o encontro de cada um com sua própria consciência, processo que está associado à ingestão do

vegetal. Essa substância é administrada aos internos, no contexto do tratamento, além de ser, naturalmente, ingerida durante as cerimônias da religião, que ocorrem no templo anexo à CT, a cada quinze dias. Aos recém-chegado, ela é administrada diariamente, três vezes por dia, em pequenas doses, e em diferentes situações, como nas reuniões e conversas coletivas, durante a própria laborterapia e em momentos de relaxamento. O chá também é oferecido àqueles que estejam vivenciando sintomas de agressividade, abstinência ou fissura, uma vez que se entende que ele atua sobre a fisiologia e a psicologia dos indivíduos, acalmando-os e trazendo mais clareza aos seus pensamentos. Pode-se dizer, assim, que uso do vegetal, nessas circunstâncias, possui o sentido de remédio, como sugerido por residentes e equipe.

Espera-se que o uso do vegetal, nos primeiros dias de internação e fora do contexto do ritual religioso, desencadeie as primeiras transformações subjetivas dos internos. Segundo argumentou uma dirigente, não adiantaria “falar de Deus” logo no início do tratamento, pois alguns indivíduos não estariam ainda abertos para ouvir, e poderiam mesmo desistir da experiência. O uso do chá favoreceria a abertura espiritual dos recém-chegados.

Quando o seu uso é feito no contexto dos rituais religiosos, o vegetal provoca efeitos mentais e físicos bastante intensos – o nome que dão ao estado corporal-mental durante esses rituais é “borracheira”. Nesses momentos, também podem surgir as experiências de “peia”, que consistem de quadros de grande desconforto físico e mental, que podem evoluir para vômitos, evacuações e/ou micções. Todavia, esses efeitos purgativos são considerados benéficos, pois “limpam a mente e o organismo da química das drogas”. Segundo um dos conselheiros da CT, que havia passado pelo tratamento naquele local alguns anos antes, as “peias” geralmente acontecem quando os sujeitos revivem situações traumáticas do passado. O chá pode provocar, também, as “mirações”, isto é, “visões” que ajudam a corrigir e instruir as pessoas que as recebem. Nem todos os participantes dos rituais religiosos têm mirações, e mesmo aqueles que as manifestam mais recorrentemente não podem dizer com certeza quando e por que elas ocorrem: é um processo que emerge espontaneamente. Outros relatos apontam que as borracheiras e mirações são situações que podem proporcionar rupturas biográficas, transformações ou, antes disso, abertura para a transformações.

O uso do chá pelos internos da CT 2, como parte do tratamento e fora do contexto cerimonial, é considerado um uso *laico*. Um voluntário da instituição, que havia passado pelo “tratamento” alguns anos antes, relatou que:

nas sessões espirituais, a coisa é mais intensa do que tomar no dia a dia. Por isso que a gente faz esse uso religioso, porque é mais forte. A gente costuma dizer que quando o balseiro é grande demais, quando o cara tem 20 anos, 30 anos de drogadição, fazendo coisas ruins, ele vai beber o vegetal no dia a dia e não vai curar ele. Mas quando ele

participa de uma sessão, que é mais forte, aí vai ter um reboque maior para puxar o barco dele (...). As dificuldades que as pessoas passam durante a borracheira é pelas coisas que ela mesma plantou. Ela vai passando pelas coisas ruins que fez. Mas não sou eu que estou falando: isso é tudo da consciência dela (...). Então, as pessoas caem na real (...) porque o vegetal corrige, doutrina a pessoa dentro dela mesma.

O processo de transformação almejado por esta instituição, entretanto, não é restrito às vivências individuais com o uso do vegetal. Hierarquia e obediência são diretrizes do “tratamento” da CT 2, assim como da própria organização religiosa que a abriga. O uso do tempo e a rotina diária na CT 2 são semelhantes aos de outras instituições do mesmo tipo, havendo horários marcados para os residentes despertarem pela manhã, se alimentarem, praticarem atividades laborais, participarem de reuniões com a equipe e descansarem. Como acontece nas demais comunidades, a percepção da necessidade dessa rotina regrada se deve à leitura, comum a todas essas instituições, de que a vida que os internos levavam enquanto estavam “na ativa”, não conhecia qualquer regra.

A CT 2 também tem em comum com outras o fato de entender que o esforço e a vontade individuais são essenciais para que a “cura” ocorra. Como disse o Mestre J. M.:

50% de sucesso é garantido, graças ao tratamento com o vegetal; os outros 50% dependem do querer da pessoa em tratamento. As pessoas chegam atormentadas, perturbadas. Mas isso está relacionado também com a vida espiritual da pessoa. A droga é responsável apenas por uma porcentagem do problema das pessoas que chegam para se tratar na CT 2. Por isso, a importância do tratamento ser associado a uma casa espiritual, onde se cuida dessa parte da vida da pessoa, com a fé e com o estímulo à espiritualidade.

A laborterapia envolve basicamente as mesmas atividades de conservação e manutenção da residência e de preparação dos alimentos. Devido ao fato de a instituição ser bastante carente de recursos financeiros, os internos também se dedicam à produção de bens para venda, como o preparo artesanal de castanhas-do-pará caramelizadas e balas de gengibre.

Os encontros coletivos e reuniões entre os internos podem ser de cunho religioso-espiritual, envolver apenas conversas sobre o dia a dia ou tratar de temas relacionados à dependência química, a qual, na CT 2, também é vista como uma doença – o que denota a incorporação de categorias típicas do campo técnico-científico da saúde.

Além de seu contexto religioso-espiritual específico, essa CT é bastante peculiar por outros motivos. Os residentes não vivem em total isolamento da vida social, uma vez que estão próximos da pequena vila, cujos moradores, em sua maioria, já passaram pelo mesmo tratamento. Além disso, o templo religioso, embora

frequentado pelos acolhidos da instituição, também recebe os moradores da vila e outras pessoas de fora. Embora tenham seus horários e suas práticas específicas, a serem cumpridos diariamente, os acolhidos mantêm contato próximo e cotidiano “com o mundo”, ou com o “tempo do mundo”. Se no “internato” (a CT) o controle do tempo é característico do modelo, no espaço que denominam internamente de “sociedade” (a vila) o tempo é outro: nele, o que impera é o tempo da vida cotidiana de indivíduos autônomos, com seus ritmos próprios, que variam conforme as atividades que exercem – por si próprios, e para si e/ou sua família. Alguns dos moradores desse espaço de moradia trabalham em outros locais da cidade, e outros exercem seu trabalho dentro da própria instituição.

Todos esses elementos trazem uma dinâmica bastante diferente ao local. É possível dizer que a união de todos esses microcosmos de vida social (comunidade terapêutica/vila/templo) forma um pequeno povoado com vida própria, quase independente do restante da cidade e, mesmo, do bairro onde se localiza. Assim, nessa instituição em específico, os internos têm a oportunidade de enxergar, ocorrendo a poucos metros de distância do internato, o desenrolar de uma “vida comunitária” naquela “sociedade” erguida, ao longo dos anos, por ex-residentes da CT.

Essa “sociedade” se configura, assim, como um ambiente social intermediário, entre o mundo fechado da CT e o mundo totalmente aberto “lá de fora”, constituindo-se numa etapa que muitos na instituição consideram essencial para o sucesso da vida “pós-tratamento”. Como pude ouvir, tanto de acolhidos ainda na fase do internato quanto de ex-acolhidos que já moram fora da CT 2, essa “sociedade” é uma alternativa interessante para o processo de transição entre a internação e a reinserção social, principalmente para aqueles que não se sentem seguros para a saída. Como demonstra a fala de um dos acolhidos no momento do trabalho de campo:

quero permanecer. Se for por vontade de Deus, quero ficar aqui. Não vou dizer, pro resto da vida. Mas se for vontade do Senhor... Porque, aqui atrás, tem umas casinhas, que são dos sócios. E estou pretendendo ir pra esse outro lugar. (...) Uma comunidade, uma vila. É tudo de bom. Lá, a gente pode ter os familiares próximos, a esposa, os filhos.

Trata-se, assim, de um projeto de futuro que se apresenta bastante factível para os acolhidos na CT 2, ainda que seja um futuro bastante ligado à instituição. Ao mesmo tempo, muitos residentes e ex-residentes consideram que essa proximidade com a instituição é tanto uma forma de retribuir o benefício conseguido por meio do tratamento, quanto de manter um tipo de autovigilância sobre a própria trajetória.

Se, à primeira vista, a CT 2 parece corresponder ao tipo religioso-espiritual – uma vez que o uso problemático de substâncias psicoativas é visto como apenas um sintoma de problemas espirituais mais amplos –, ela não escapa da contaminação pelo discurso técnico-científico, na medida em que também adota o conceito de dependência química para referir-se à condição dos internos, a qual está registrada, inclusive, no seu programa terapêutico. Também pude observar o interesse da instituição em agregar profissionais e técnicos das áreas de saúde e assistência social, o que só era dificultado pela falta de recursos e de voluntários, naquele momento. Os dirigentes, contudo, disseram que a presença desses profissionais era uma grande necessidade da CT, para que ela pudesse pleitear recursos públicos.

3.3 CT 3

Em contraste com as outras duas instituições pesquisadas que, apesar de se situarem em partes periféricas de centros urbanos, eram vizinhas próximas de residências e comércio, a CT 3 está situada em uma região bastante isolada. De seu terreno, não se enxerga a “vida acontecendo lá fora”. Ela é cercada por outras propriedades rurais, numa região com baixa densidade demográfica. Sua infraestrutura física é toda construída em alvenaria, e suas dimensões são adequadas à magnitude do público atendido. Há bastante espaço verde, com pasto para animais, horta e grandes pátios.

A instituição possui boa relação com as redes públicas locais de saúde e de assistência social, assim como com instituições do sistema de justiça. A comunidade recebe financiamento público, tanto da esfera estadual quanto da federal. Também encontrei ali uma equipe técnica multidisciplinar praticamente completa, composta por psicóloga, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem, clínico geral e psiquiatra. Cada um destes profissionais, porém, oferece atendimento apenas uma ou duas vezes por semana. O programa terapêutico é focado principalmente em atividades de laborterapia e de espiritualidade. Estas últimas abrangem cultos religiosos, estudos bíblicos e orações, todas elas coordenadas por monitores – isto é, pessoas que já passaram pelo tratamento e que permanecem no lugar, desempenhando funções de suporte e vigilância dos novos acolhidos, no dia a dia do tratamento. A interlocução entre equipe técnica e monitores, no cotidiano da instituição, me pareceu, entretanto, bastante rarefeita, seja no planejamento ou na execução dos planos de tratamento dos acolhidos.

O programa terapêutico da CT 3 também é baseado no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, mas diversas atividades, comuns a um grande número de CTs – reuniões sobre os Doze Passos, reuniões de partilha de sentimentos, palestras (Ipea, 2017) – são, ali, pouco frequentes. Essas atividades estavam começando a ser implementadas quando realizei meu trabalho de campo e estavam a cargo de um monitor que estava lá há apenas dois meses. Os atendimentos individuais

pela equipe técnica são eventuais – menos do que uma vez por semana –, o que me deixou a impressão de que sua presença na CT 3 se deve principalmente ao interesse da instituição de se qualificar para receber recursos públicos. Como não pude observar os atendimentos individuais, não foi possível perceber se, ou em que medida, a equipe técnica fazia uso, junto aos acolhidos, dos diversos conceitos e categorias técnico-científicas para interpretar o fenômeno do uso problemático de drogas e o próprio tratamento.

Os coordenadores da instituição consideram a prática religiosa e a proximidade com a palavra de Deus o principal recurso terapêutico na recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, seja na fase de internação, seja depois dela, no esforço de manutenção da abstinência pós-tratamento. A própria equipe técnica da CT 3 – ao menos aqueles indivíduos com os quais pude conversar – também compartilha dessa convicção. Um exemplo disso pode ser encontrado na fala de um dirigente.

Se hoje me pedissem para abrir mão da equipe para fazer o trabalho espiritual, eu não aceitaria, não abriria mão da equipe técnica (...). Se existe médicos, se existe a medicina, é porque Deus autoriza.

A prática da espiritualidade-religiosidade se dá, principalmente, pela inserção de orações e leituras bíblicas, em diversos momentos do cotidiano, e pela realização intensiva de rituais e pregações. A cada dia, em sistema de rodízio, um dos acolhidos fica responsável por conduzir as orações para todos os presentes. É perceptível a repetição de um determinado formato na condução dessas orações, segundo o qual o orador principal se dirige diretamente a Deus.

Esse formato é característico também dos pastores que estiveram na comunidade ministrando cultos durante meu trabalho de campo. Esse modo de realizar as orações estimula os residentes a construir “relações diretas com Deus” – mesmo que, para alguns, ele signifique apenas um ato performático, desprovido de engajamento subjetivo.

Fica, assim, evidente a primazia da abordagem religiosa, e sua importância para o que se define como “mudança de vida” (ou transformação subjetiva-moral).

Para mim, dependente químico é uma pessoa que não tem referência. Ela está perdida. Ela precisa ter um leme na sua vida. E o objetivo da CT 3 é fazer com que essas pessoas venham conhecer a Deus. Que essas pessoas venham se envolver com Deus, para que essas pessoas tenham uma vida melhor. Que elas se libertem das drogas. Eu fico pensando nas pessoas que passaram por aqui e tenho notado que [entre] aquelas que se envolveram com Deus o índice de recuperação é bem maior. Como eu falei, tanto faz a igreja. Mas ela tem uma fé e está professando, e está bem. Esse é o objetivo principal da CT 3, para mim. É a mudança de vida, conhecer a Deus.

Nesse sentido, grande parte do programa terapêutico da CT 3 gira em torno da ideia de “ensinar a palavra de Deus” e aprimorar a relação dos indivíduos com a espiritualidade-religiosidade. Busca-se, ali, provocar de alguma forma uma iluminação espiritual nos internos.

A CT 3 se apresenta como evangélica, mas sem denominação específica. O presidente e a coordenadora da comunidade, que são casados, pertencem à Igreja Batista. Os cultos, no interior da instituição, são ministrados pelos próprios monitores, que não possuem formação em teologia, nem são ordenados por qualquer congregação. Poucas vezes por mês, voluntários da Igreja Batista, da Assembleia de Deus e de outras denominações evangélicas ministram cultos para os acolhidos. Pude acompanhar um da Assembleia de Deus e outro da Igreja Tessalônica. Cabe registrar que em nenhuma dessas duas ocasiões os pastores fizeram propaganda de suas denominações, apenas pregaram a partir da bíblia ou de testemunhos.

Cabe registrar ainda que nessa CT há pouca ou nenhuma explicação aos internos sobre o sentido das diversas práticas de cunho religioso-espiritual propostas, assim como sobre os seus ritos. Em cada culto, é dado um tempo de dez minutos aos participantes, para que orem individualmente. Nesses dez minutos, eles se colocam de joelhos, de costas para o altar, mantendo o corpo inclinado sobre os bancos, a cabeça baixa e as mãos cruzadas abaixo dos queixos. Alguns chegavam a tocar as mãos nos bancos e, durante a oração, ficavam balançando o corpo. Ninguém soube me explicar o motivo de adotar aquela postura corporal, naquela situação. O que pude perceber é que o período de silêncio e introspecção não impedia que muitos dos presentes fizessem orações fervorosas, ainda que sem emissão de voz. A sensação provocada pelo conjunto desses “murmúrios fervorosos” era bastante intensa.

Segundo a coordenadora, é um costume que já estava presente antes que ela própria passasse a atuar ali. Quando entrou para a comunidade, ela preferiu não alterar tal prática, argumentando que esse costume seria um dogma da instituição, assim como o jejum matinal, imposto aos acolhidos todas às quintas-feiras.¹⁹ Segundo relato da equipe dirigente, essa prática está relacionada ao trabalho espiritual realizado. Durante minha estadia, porém, não presenciei qualquer reflexão sobre a simbologia do ato, sobre seu papel dentro do processo de reabilitação ou qualquer troca de ideias sobre o assunto. Como me disse a coordenadora, era um “dogma”.

Compreendo esses dogmas como recursos que organizam o trabalho disciplinar sobre os internos na CT 3. Mais do que compreenderem o sentido de certas práticas, por meios discursivos, parece necessário que eles as incorporem à sua

19. Nesses dias, a primeira refeição oferecida é o almoço. Não há café da manhã, ainda que as atividades de laborterapia sejam realizadas normalmente no período matinal. Os únicos que são liberados desse jejum são aqueles que ainda não cumpriram dez dias de acolhimento.

prática cotidiana, pois “há coisas que devem ser feitas simplesmente porque devem ser feitas”. Nesse sentido, a função dos dogmas seria convocar os sujeitos a se entregarem às práticas institucionais, confiando que elas darão resultado, independentemente do conhecimento que tenham dos seus significados. Assim, a principal atitude demandada aos internos é sua entrega sem reservas aos cuidados da instituição, pois só assim colherão resultados. Aqui, a tônica do tratamento consiste na incorporação de valores cristãos, e o disciplinamento dos sujeitos – projeto central ao modelo de CT – se faz principalmente por meio da indução de comportamentos e de constrangimentos discretos, antes que por grandes discursos ou controles ostensivos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Traçado o percurso no qual busquei demonstrar a heterogeneidade, tanto do universo mais amplo das CTs brasileiras quanto entre exemplos empíricos específicos, apresento algumas considerações finais sobre esse contexto. Ressalta-se, novamente, que, apesar da heterogeneidade, é um universo que também apresenta algumas recorrências.

Assim, apesar das diferenças e idiosincrasias, o que é comum aos três lugares observados?

- 1) A exigência da abstinência.
- 2) O isolamento da vida social cotidiana advindo da moradia nas CTs durante todo ou parte do período de tratamento.
- 3) A convivência com os pares, ou seja, outros residentes em tratamento, pode ser positiva ou negativa, na medida em que, vistos como egocêntricos e individualistas, os usuários de SPAs são convocados a aprender (ou reaprender) a compartilhar espaços, tarefas, objetos; e a viver comunitariamente ou em sociedade.
- 4) O período relativamente longo que envolve o tratamento completo (nove meses ou mais).
- 5) A repetição de atividades cotidianas com horário definido, o que chamam de disciplina, e que está ligada à recorrente prática de laborterapia durante o tratamento.
- 6) A inserção dos discursos e práticas tanto espirituais-religiosos quanto técnico-científicos, aliando-se para a construção de um discurso de doença muitas vezes híbrido. Tudo isso convergindo para o objetivo principal dos tratamentos oferecidos nas CTs, que é a transformação subjetiva-moral dos indivíduos acolhidos.

Outro fator que pode ser considerado como recorrente, a partir dos três exemplos empíricos apresentados no texto, é a leitura que o uso de substâncias psicoativas tradicionalmente recebe no seio desse tipo de instituição: ele é visto como reflexo de uma falha ou fraqueza moral (Arenari e Dutra, 2016), que leva ao consumo de substâncias psicoativas, e consiste em um problema basicamente individual. Ou seja, recai sobre os próprios usuários a responsabilidade de se tratar e de se deixar transformar. Mesmo no caso da interpretação técnico-científica sobre o uso de substâncias psicoativas como problema, nota-se esse mesmo processo de essencialização ou individualização da condição. A dependência química é vista como uma doença, inclusive crônica e incurável em algumas interpretações biomédicas (Fiore, 2009). São esses dois discursos – religioso-espiritual e técnico-científico – que se aliam, de maneiras diversas, para respaldar a noção de *doença* e de *tratamento* nas CTs, que demandam a transformação moral-subjetiva dos indivíduos.

Assim, para finalizar, retomo o argumento sugerido na introdução deste capítulo, de que a *conversão* pode ser uma chave interessante de leitura para os processos de transformação que ocorrem nas CTs. Entretanto, julgo que é necessário pensar essa hipótese da transformação/conversão não no sentido estritamente religioso-espiritual, mas uma conversão a esses discursos e práticas híbridos que busquei explicitar no texto.

Esse é um argumento que se aproxima da leitura sobre os processos de *conversão* feita por Asad (1995). Ele chama a atenção para o fato de que, por vezes, essa palavra é utilizada indiscriminadamente como uma ferramenta analítica, sendo que deveria ser, na verdade, objeto de análise. O autor demonstra que é possível pensar na conversão à modernidade da mesma forma que na conversão religiosa. Discutindo a questão da conversão forçada ao cristianismo, no contexto da modernização do sul da África no século XIX, o autor apresenta reflexões interessantes sobre a questão da agência em relação aos processos de conversão. Ele diz que:

[a] modernidade, assim como a religião do convertido, define novas escolhas; raramente é o resultado de uma “livre escolha” por completo. E como a religião do convertido, aniquila velhas possibilidades e coloca outras no seu lugar (Asad, 1995, p. 263, tradução nossa).

E completa:

[Seria] melhor dizer que, ao se estudar a conversão, se está lidando com narrativas por meio das quais as pessoas apreendem e descrevem uma mudança radical na significação de suas vidas. Às vezes, essas narrativas empregam a noção de intervenção divina; outras vezes, a noção de teologia secular (Asad, 1995, p. 266).

Nesse sentido, podemos associar o tratamento oferecido nas CTs como um tipo de base para a conversão, aqui interpretada como um tipo de transformação moral-subjetiva – mas não necessariamente significando de forma exclusiva uma

conversão religiosa. Como vimos no decorrer do capítulo, há mais discursos e práticas atuando no interior de grande parte das instituições, como os de natureza técnico-científica. A leitura de Asad (1995) apresentada anteriormente é útil no sentido de que, a partir dela, podemos falar de conversão sem necessariamente ficarmos presos às narrativas e práticas estritamente espirituais-religiosas. Dessa forma, temos esses “dois mundos” contribuindo para provocar as transformações morais-subjetivas almejadas nos indivíduos, com configurações bem particulares em cada instituição, como apontaram os dados apresentados.

Assim, podemos pensar não só na conversão ao modelo de doença religioso-espiritual que vê o uso de drogas como um pecado, uma falha moral, mas também na conversão ao discurso técnico-científico, que vê no uso problemático ou dependente de drogas como uma doença (por vezes, incurável), sendo que ambas apostam na abstinência como o foco do tratamento e na cronicidade como uma característica da doença. Ao mesmo tempo, se pensamos nos casos em que não ocorrem a almejada transformação em um sentido de cura, pode-se dizer que pode haver uma transformação para um estado de doença que não cessa, ou que é intermitente e acompanha os indivíduos em suas vidas, e que demandará cuidado permanente.

Se aqueles que interpretam as CTs como espaços estritamente religiosos veem nessa suposta característica um problema, dada a inserção (ou relação) dessas instituições na rede pública de saúde e assistência social, talvez um problema maior repouse justamente nessa hibridização dos discursos e práticas. Pecado e doença incurável passam a andar muito próximos nessas configurações, tornando, muitas vezes, a trajetória de alguns indivíduos como uma sucessão inescapável de eventos, materializada nas entradas e saídas sucessivas de CTs ou outras instâncias de cuidado.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. L. V. de. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARENARI, B.; DUTRA, R. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático de crack. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: MJ, 2016.
- ASAD, T. Comments on conversion. In: VAN DER VEER, P. (Ed.). **Conversions to modernities: the globalization of Christianity**. Abingdon: Routledge, 1995.

BECKER, H. **Outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 43, 21 maio 2010. Seção 1. Disponível em: <<https://goo.gl/OTfGDF>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 62, 1º jul. 2011. Seção 1. Disponível em: <<https://goo.gl/9U1JD1>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

FIORE, M. **Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público**. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOMES, B. R. **O sentido do uso ritual da ayahuasca em trabalho voltado ao tratamento e recuperação da população em situação de rua em São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GOULART, S. **Contrastes e continuidades em uma tradição Amazônica: as religiões da ayahuasca**. 2004. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

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

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

LABATE, B.; ARAÚJO, W. S. **O uso ritual de ayahuasca**. Campinas: Mercado das Letras, 2004.

LABATE, B.; GOULART, S. **O uso ritual das plantas de poder**. Campinas: Mercado das Letras, 2005.

LABATE, B.; MACRAE, E. **Ayahuasca ritual and religion in Brazil**. London: Equinox, 2010.

LIMA, J. C. R. **Passageiros da fantasia**. Recife: Massangana, 1990.

LOECK, J. F. **A dependência química e seus cuidados**: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS. 2014. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MERCANTE, M. S. A ayahuasca e o tratamento da dependência. **Mana**, v. 19, n. 3, 2013a.

_____. Dependência, recuperação e o tratamento através da ayahuasca: definições e indefinições. **Saúde e Transformação Social**, v. 4, n. 2, p. 126-138, 2013b.

_____. Imaginação, linguagem, espíritos e agência: ayahuasca e o tratamento da dependência química. **Revista de Antropologia**, v. 60, p. 2, 2017.

NUNES, M. C. **Firmes nos propósitos**: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Editora USP, 1997.

RUI, T. A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica. **Dilemas**, v. 3, n. 8, 2010.

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

WEBER, M. **Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

CSORDAS, T. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

CSORDAS, T.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. *In*: SARGENT, C.; JOHNSON, T. **Medical anthropology**: contemporary theory and method. London: Praeger, 1996.

RABELO, M. C. M. Religião e a transformação da experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. **Ilha – Revista de Antropologia**, v. 7, n. 1, 2, 2005.

SANCHEZ, Z. van der M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas**: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z. van der M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.

_____. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

SEXUALIDADE E RELAÇÕES DE GÊNERO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: NOTAS A PARTIR DE DADOS EMPÍRICOS

Nayara Lemos Villar
Maria Paula Gomes dos Santos

1 INTRODUÇÃO

Este texto explora algumas questões referentes aos temas da sexualidade e das relações de gênero no contexto dos tratamentos para pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs), realizados em comunidades terapêuticas (CTs) brasileiras. Essas questões emergiram durante uma pesquisa sobre estas instituições desenvolvida no Ipea entre 2015 e 2017.¹ A pesquisa envolveu a realização de um *survey* junto a quinhentas CTs de todas as regiões do país, além de investigação qualitativa, por meio de etnografias em dez diferentes instituições.² Seu propósito foi traçar um perfil das CTs que operam no Brasil a partir de informações sobre o seu modelo de cuidado, suas práticas terapêuticas, suas fontes de financiamento, sua interação com outros serviços de atenção a essa clientela, entre outros aspectos.

Conforme já apontado em diversos estudos, alguns dos quais publicados neste volume, o método das CTs busca promover uma reforma subjetiva em pessoas que fazem uso problemático de drogas, a fim de que adotem um novo estilo de vida e se mantenham em abstinência definitivamente. Para tanto, indivíduos que se submetem ao modelo de cuidado das CTs permanecem internados temporariamente nessas instituições, afastados de suas relações sociais prévias, mas entre um conjunto de pares (outras pessoas também internadas), sob supervisão de uma equipe dirigente. Essa equipe costuma ser integrada por sujeitos que já passaram pelo mesmo tratamento, com sucesso;³ por sacerdotes e religiosos; e, em alguns casos, por profissionais das áreas de saúde e assistência social (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores sociais). O método das CTs apoia-se no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, e a maior parte delas, no Brasil, segue alguma orientação religiosa, predominantemente de matriz cristã.⁴

1. Por encomenda da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça.

2. O contexto, o escopo e a metodologia da pesquisa estão descritos na introdução desta coletânea e também em Ipea (2017).

3. Eles recebem o título de monitores, coordenadores ou conselheiros terapêuticos.

4. Para mais informações sobre o método das CTs brasileiras, ver o primeiro capítulo deste volume.

Embora os temas sexualidade e gênero não tenham sido privilegiados na pesquisa a princípio, sua importância para a compreensão do modelo assistencial das CTs revelou-se imediatamente após uma primeira análise dos dados coletados. O primeiro ponto digno de nota, e a partir do qual se desdobram diversas interrogações, é o fato de que cerca de 85% das CTs atuantes no país, em 2015,⁵ acolhem exclusivamente pessoas de um só sexo: 80% recebem apenas homens; e pouco menos de 5%, apenas mulheres. Somente 15% das CTs brasileiras atendem simultaneamente pessoas de ambos os sexos. Assim, chama a atenção a ampla superioridade numérica de vagas destinadas a pessoas identificadas como do sexo masculino. As CTs que atendem ambos os sexos (15% do total) alocam homens e mulheres em dormitórios distintos, que ficam em edificações diferentes, sejam elas situadas no mesmo terreno da CT ou em terrenos diversos, mesmo que próximos.

A partir desses dados, diversas questões se colocam. Primeiramente, cabe indagar o porquê da disparidade entre o número de vagas ofertadas para homens e mulheres. Seria essa disparidade de oferta um reflexo da demanda, ou haveria outros fatores a determiná-la? Para tentar responder a essas perguntas, realizamos uma breve revisão de trabalhos que procuraram tratar da incidência diferencial de problemas decorrentes do uso de SPAs segundo o sexo, ainda que suas conclusões permaneçam em debate. Este tema será tratado na seção 2 deste capítulo.

Outra questão que mereceu nossa atenção refere-se à especialização (majoritária) das CTs segundo o sexo de seus acolhidos. Para uma melhor compreensão do modelo de cuidado dessas instituições, cabe indagar em que medida esta especialização corresponde a uma especialização também do cuidado ofertado. Ou seja, haveria diferenças nas práticas terapêuticas realizadas com cada sexo? Para tentar responder a essa pergunta, recorreremos a tabulações específicas dos dados quantitativos da pesquisa, que se referem aos recursos terapêuticos utilizados em CTs femininas e masculinas. Estes dados serão apresentados na seção 3 deste trabalho e alimentam uma análise do cuidado às mulheres em CTs.

A seção 4 aborda questões sobre sexualidade e gênero no contexto das interações em CTs. Segundo os dados da pesquisa do Ipea (2017), 90% das CTs brasileiras não autorizam relacionamentos sexuais entre seus internos. Como será visto, esta é uma diretriz basilar desse modelo de cuidado, inclusive em outros países. Assim, vale supor que a especialização das CTs por sexo – ou, ainda, a separação entre homens e mulheres no interior delas – seja uma estratégia para prevenir tais relacionamentos. Contudo, mesmo admitindo-se

5. Ano em que foi realizado o *survey*.

essa hipótese, resta indagar como as instituições procuram evitar as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo.

Denúncias de órgãos públicos e entidades de defesa dos direitos humanos têm apontado que pessoas LGBT não são plenamente acolhidas nas CTs brasileiras, havendo, inclusive, aquelas que declaram praticar terapias de reconversão de gênero (a chamada cura *gay*).⁶ Embora nossos levantamentos de campo não tenham oportunizado aos pesquisadores testemunhar esse tipo de situação, os dados do *survey* indicam, em contrapartida, que 56% das CTs não recebem pessoas transexuais e transgênero.

Sem a pretensão de dar conta dessas questões de forma definitiva, propomo-nos, neste capítulo, a explorar algumas hipóteses explicativas. Para isso, analisamos dados (quantitativos e qualitativos) obtidos pela pesquisa à luz da literatura sobre gênero e sexualidade; e nos debruçamos também sobre pesquisas que tentaram medir o uso problemático de drogas por pessoas de diferentes sexos.

Antes de fazê-lo, contudo, cabe esclarecer os significados que aqui atribuímos aos termos sexo, gênero e orientação sexual. Adotamos a categoria sexo para nomear a dimensão anátomo-fisiológica da distinção entre indivíduos da mesma espécie biológica, tal como ela é utilizada pelas pesquisas demográficas e pelas próprias CTs. Orientação sexual, por sua vez, refere-se à dimensão do desejo e da prática sexual dos sujeitos, que os leva a se identificarem como heterossexuais, homossexuais – *gays*, lésbicas – ou bissexuais. Por fim, utilizamos a categoria gênero para designar a dimensão performática dos sujeitos (Butler, 1988), ou seja, o modo pelo qual eles se apresentam no espaço público, independentemente de sua conformação anatômica ou desejo sexual.⁷

2 O DIFERENCIAL NA OFERTA DE VAGAS: MAIS CTs E VAGAS PARA PESSOAS DO SEXO MASCULINO

Conforme mencionado na introdução deste artigo, a pesquisa sobre as CTs brasileiras (Ipea, 2017) indica a existência de um número muito superior de vagas destinadas exclusivamente a homens (dezoito vezes mais) que aquelas específicas para mulheres.

A magnitude desta diferença surpreende e levanta uma questão acerca das vulnerabilidades específicas de cada sexo, ao uso problemático de SPAs: seriam os homens mais vulneráveis que as mulheres aos danos que esse tipo de uso pode provocar?

6. Ver Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2011).

7. Butler (1988) argumenta que gênero é uma categoria construída *performativamente* por meio de uma série de atos repetidos e sedimentados ao longo do tempo. Assim, ele não corresponderia à forma anátomo-fisiológica de um sujeito, mas aos seus modos de expressão – pela linguagem, pelos gestos – incorporados e atualizados a partir da coerção social.

TABELA 1

Distribuição de vagas em CTs segundo o sexo dos acolhidos

(Em %)

	Vagas			
	Total	Masculinas	Femininas	Ambos os sexos
Total	100	80,79	4,38	14,83

Fonte: Ipea (2016).

Tendo em vista que a pesquisa não investigou esse aspecto, procuramos reunir informações levantadas por outros estudos que estimaram a quantidade de usuários de drogas por sexo e analisar algumas hipóteses suscitadas sobre as diferenças de prevalência de uso de álcool e drogas entre mulheres e homens.

Algumas pesquisas indicam que o número de mulheres que fazem uso problemático de álcool é menor que o de homens, embora venha aumentando ao longo dos últimos anos (ABEAD, 2014; Fiocruz, 2014; OMS, 2009; 2014; Senad, 2010). Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Brasil, em 2014 (OMS, 2014), indicou que 20,7% dos homens maiores de 15 anos tiveram episódios de bebedeira pesada ao menos uma vez no mês de referência da pesquisa. Em contrapartida, essa ocorrência se deu com apenas 5,2% das mulheres. Pesquisa da Senad, em 2010 (Senad, 2010), sobre o uso de drogas – exceto álcool e tabaco – por estudantes dos ensinos fundamental e médio das capitais brasileiras identificou que 6,1% dos meninos faziam uso mensal dessas substâncias; para as meninas, essa taxa era de 4,9%. Por fim, um levantamento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre o perfil das pessoas encontradas em cenas de uso de *crack* de grandes capitais brasileiras (Fiocruz, 2014) estimou que 79% eram homens e 21%, mulheres. Com base nestes dados, pode-se dizer que o uso problemático de SPAs é mais prevalente na população masculina.

Analisando o uso de psicoativos na clínica de saúde mental, alguns estudos destacam diferenças na manifestação do sofrimento psíquico entre homens e mulheres.

Zanello e Silva (2012), em pesquisa realizada a partir da análise de prontuários em dois hospitais psiquiátricos do Distrito Federal, encontraram diferenças percentuais significativas na incidência de sintomas [mentais] por sexo. Entre as mulheres, destacou-se a presença de insônia, ansiedade, choro, tristeza, angústia, irritabilidade, depressão, nervosismo, desânimo, dificuldades nas relações, dor e dependência invisibilizada de diazepam. Já em relação aos homens, destacou-se a predominância de agressividade, alucinações auditivas, agitação psicomotora, ideação suicida e alcoolismo (Ferreira, 2014, p. 5).

Alguns autores advertem, contudo, sobre a possibilidade de contaminação destes diagnósticos por estereótipos de gênero.

As situações que levam a um diagnóstico de doença mental em mulheres concentram-se nas dimensões de sua “natureza” (a construção da imagem da mulher associada a uma “natureza” frágil, cuidadora, doce, submissa, sensível, sedutora, já é uma reafirmação de um estereótipo de gênero) e, principalmente, de sua sexualidade; nos homens, concentram-se nos papéis sociais de trabalhador e provedor (Ferreira, 2014, p. 5).

Sendo assim, não seria equivocado supor que as teorias sobre as diferenças entre os sexos, na manifestação dos transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, estão informadas pelos mesmos estereótipos.

O material didático do curso Supera (Senad, 2016), voltado à formação de profissionais para o cuidado de dependentes químicos,⁸ associa as diferenças relacionadas às taxas de prevalência do uso problemático de substâncias entre os sexos a diferenças de configuração biológica, além das psicológicas e sociais. Segundo essa publicação, a dependência química em mulheres estaria associada à dinâmica de seus hormônios, enquanto, nos homens, seria mais bem explicada por razões genéticas (Senad, 2016, p. 80). Ainda segundo esta fonte, mulheres seriam menos vitimadas pela dependência química porque seriam biologicamente menos tolerantes a drogas, perceberiam mais rapidamente os danos causados por elas e, assim, abandonariam seu uso mais precocemente (*op. cit.*, p. 77). O texto aponta, ainda, que a possibilidade das mulheres de engravidar as levaria a procurar tratamento com mais frequência que os homens (*op. cit.*, p. 81).

Durante a pesquisa que serviu de base para este artigo (Ipea, 2017), não foi incomum ouvir de dirigentes de CTs que unidades femininas “são muito difíceis de se comandar”, pois mulheres seriam mais propensas ao descontrole emocional, mais sujeitas a desequilíbrios hormonais e necessitariam de cuidados complexos, dada a especificidade de seus corpos. Algumas CTs, inclusive, já teriam trabalhado com o público feminino, mas desistiram de fazê-lo em virtude das (grandes) dificuldades encontradas.

Uma alegação que chamou a atenção durante a pesquisa de campo em uma CT foi a de que “mulheres aderem pouco aos tratamentos” porque “têm facilidade de se prostituir para financiar seu consumo de drogas”. De acordo com o relatório etnográfico, “a unidade feminina [da CT] foi fechada devido à dificuldade em atuar com as mulheres – já que estas têm facilidade de sobreviver na ativa,⁹ porque podem vender o corpo”.¹⁰

8. Dependência química é o nome originalmente cunhado, no campo médico, para designar o uso problemático de SPAs. Embora já tenha sido substituído nas versões mais recentes do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, pela expressão “transtorno por uso de substâncias”, ainda é amplamente utilizado entre a comunidade que discute e cuida de pessoas vitimadas por este uso.

9. Estar “na ativa” – expressão êmica do universo das CTs – significa permanecer em situação de uso contínuo de drogas. Opõe-se a estar em recuperação ou em abstinência.

10. Relatório etnográfico, CT Razão do Bem.

Nota-se que tais explicações se assentam, invariavelmente, no que Nicholson (2000) chamou de fundacionismo biológico – a recorrente atribuição de razões biológicas para o comportamento social das mulheres.¹¹ Numa outra vertente, Matos e Machado (2012) atribuem as diferenças entre os padrões de uso de álcool e drogas de homens e mulheres ao fato de que, para elas, os custos morais do uso de substâncias seriam muito maiores, dados os imperativos do recato e da obediência, impostos à condição feminina.

Como mostramos nesta seção, ainda que dados estatísticos, provenientes de diferentes levantamentos, confirmem que há maior prevalência de uso problemático de álcool e outras drogas entre homens, há ainda uma grande lacuna no que se refere à explicação deste fato. Como se viu, não faltam explicações que o remetam às diferenças biológicas entre os corpos feminino e masculino. Contudo, a boa prática sociológica recomenda que ainda é preciso investigar os fatores socioculturais que o determinam. É preciso esclarecer, inclusive, se – e em que medida – grande parte das mulheres evita o consumo intensivo destas substâncias; ou se elas, por qualquer razão, buscam com menor frequência os serviços de atenção e cuidado para o uso problemático de álcool e drogas.

De qualquer forma, não é descabido pensar que o uso, ou o abuso, de SPAs tenha um caráter gendrado – como sugerem alguns autores, a exemplo de Ferreira (2014) –, ou seja, que estas práticas e seus danos se manifestem de maneiras diversas, em função do sexo/gênero dos sujeitos envolvidos.

Considerando a especialização das CTs brasileiras em femininas ou masculinas, investigamos, na próxima seção, se há diferenças nas práticas terapêuticas em função do sexo dos acolhidos. Ao lado disso, analisamos certas representações sobre o feminino encontradas em algumas das instituições pesquisadas.

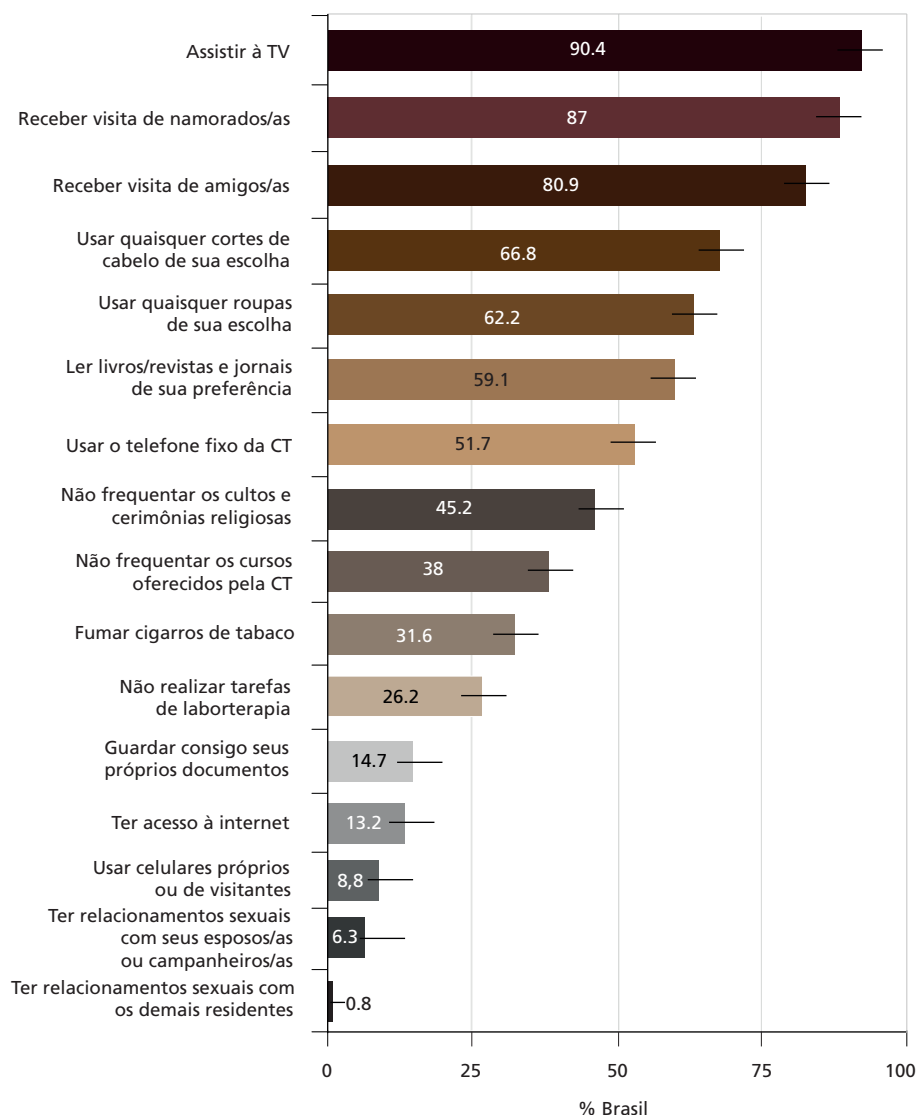
3 REPRESENTAÇÕES SOBRE O FEMININO EM CTs E SUA PROJEÇÃO NAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Na tentativa de identificar e compreender possíveis diferenças entre CTs masculinas e femininas, preparamos tabulações especiais de alguns dados quantitativos da pesquisa, separando as respostas dadas por CTs femininas das oferecidas por CTs masculinas.

A pesquisa (Ipea, 2017) revelou que as CTs estabelecem normas de conduta aos seus internos, segundo as quais determinadas práticas são autorizadas e outras, proibidas, conforme o gráfico 1 a seguir.

11. O fundacionismo biológico, segundo Nicholson (2000), mantém a natureza e a biologia numa posição fundante da distinção masculino/feminino, reiterando a naturalização de distinções de sexo como justificativa para a desigualdade de gênero.

GRÁFICO 1
Práticas permitidas aos(às) acolhidos(as)
(Em %)



Fonte: Ipea (2016).

Para melhor observar eventuais diferenças entre as CTs masculinas e femininas, selecionamos algumas variáveis do *survey* que pudessem indicá-las. A primeira delas foi a questão que se refere à possibilidade de os internos escolherem livremente as roupas que usam durante a internação na CT. Como mostra a tabela 2, as CTs masculinas tratam o assunto com maior liberalidade que as femininas.

TABELA 2

Permite que o(a) residente use roupas da própria escolha?
(Em %)

CTs	Sim
Femininas	39,5
Masculinas	64,8
Média (femininas + masculinas)	62,2

Fonte: Ipea (2016).

Enquanto quase 65% das CTs masculinas permitem que os internos usem roupas de sua própria escolha, menos de 40% das femininas o fazem. A lógica subjacente a essa diferença fica mais evidente nos relatórios etnográficos, preparados para a mesma pesquisa. Em uma CT para mulheres, de orientação católica e dirigida por freiras, a pesquisadora de campo observou que,

no ato da admissão, os pertences da residente, assim como ela, são revistados por uma das irmãs, que buscam, assim, impedir a entrada de drogas na instituição. É proibido o uso de blusas e vestidos decorados e sem manga, ou saias, vestidos e shorts acima do joelho. Se houver roupas assim, os familiares retornam com elas.¹²

As restrições ao vestuário, anteriormente explicitadas, referem-se especialmente a peças que cobririam pouco o corpo das mulheres, indicando o propósito da CT de disciplinar suas internas segundo as convenções de recato e pudor – imperativos morais colocados às mulheres, no contexto das relações de gênero assimétricas, típicas das sociedades patriarcais. Dessa maneira, caberia exclusivamente às mulheres a responsabilidade (e o ônus) de conter desejos sexuais dos homens, excitáveis à mera visão do corpo feminino despido. Subjacente a essa norma está o entendimento de que a exposição voluntária, por uma mulher, de seu corpo nu, ou de certas partes dele, indica, necessariamente, a disponibilidade dela para o ato sexual e um convite implícito, a qualquer homem, para possuí-la. A atitude da CT de impor esse tipo de regra às suas internas evidencia a adesão da própria instituição ao modelo patriarcal de relações de gênero e seu empenho em socializar as mulheres sob seus cuidados segundo esse padrão.

Outra situação, descrita nos relatórios etnográficos da pesquisa, indica, com clareza, a força de uma percepção androcêntrica das relações de gênero e do papel destinado às mulheres neste modelo. Trata-se da fala do principal dirigente de uma CT para homens, em palestra aos internos, em que este expõe sua perspectiva com bastante eloquência.

Eu não sei até que ponto isso é machismo, mas a gente tá perdendo as mulheres. Mulheres vocacionadas ao amor, ao casamento, ao dom de ser mãe. Tamo perdendo isso. Mulher que dá preferência, em uma sexta-feira, a ir pra uma mesa de bar,

12. Relatório etnográfico, CT Divinópolis.

sentar com duas, três amigas, esperar um programa, ficar com um, ficar com outro? Acabou-se aquele tempo do namoro, isso não existe mais. (...) Hoje, namorar seis anos? Magina! Com seis minutos, o cabra já está passando a perna por cima e tome-lhe pica. Não tem conversa. Pode ter o casamento, [mas] virgindade não têm mais, não. Dá saudade, viu? (...) As mulheres, que eram para humanizar os homens, estão sendo muito liberais. Quem quiser me chamar de machista, que me chame. Mas tão dando muita asa às mulheres. A mulher não nasceu para estar acima do homem, nem o homem acima da mulher. Mas a mulher nasceu pra ser sua companheira, auxiliadora, cooperadora. Existe, de certo modo, uma submissão.¹³

O ideal de feminilidade, que aqui comparece, assenta-se, mais uma vez, no imperativo do recato. A fala ainda enfatiza a expectativa, muito disseminada em contextos patriarcais, de que as mulheres cumpram a função de apaziguar as tensões masculinas.

Outra dimensão investigada com a finalidade de identificar eventuais diferenças no tratamento, em função do sexo dos internos, foi a que se refere aos métodos e recursos terapêuticos empregados por tipos de CTs. A tabela 3 apresenta as diferenças encontradas.

TABELA 3
Métodos e recursos de tratamento utilizados, segundo sexo dos acolhidos
(Em %)

Métodos e recursos terapêuticos	CTs femininas (sim)	CTs masculinas (sim)
Medicamentos	60,9	54,1
Doze Passos	55,1	71,6
Psicoterapia individual	91,7	84,2
Psicoterapia em grupo	84,5	84,2
Laborterapia	95,3	93,9
Espiritualidade	99,0	97,2
Logoterapia	18,5	21,7
Arteterapia	75,3	60,8
Grupo operativo	52,2	54,5
Atividades pedagógicas	54,8	64,3
Outros	29,0	27,3

Fonte: Ipea (2016).

Um primeiro ponto a se destacar na tabela anterior é a maior frequência de utilização de medicamentos em CTs femininas. Segundo Maluf (2010), as mulheres são a maioria esmagadora de consumidores de medicamentos psicotrópicos, a partir dos serviços de saúde – sejam eles especializados em saúde mental ou não (Maluf, 2010, p. 34). Para a autora, haveria uma hipermedicalização das mulheres, decorrente da generalização do uso desses medicamentos na rede pública de saúde

13. Relatório etnográfico, CT AME.

nos anos recentes. É provável que esta tendência esteja sendo acompanhada pelas CTs, para as quais, como se viu, “as mulheres são um público difícil de tratar”.

Entre as práticas terapêuticas mais aplicadas em CTs femininas que em CTs masculinas, destacam-se, ainda, as psicoterapias individuais e a arteterapia. Em ambos os casos, é possível indicar um viés de gênero. É comum atribuir-se às mulheres maior disponibilidade do que aos homens para falar de si e refletir sobre suas questões existenciais – disponibilidade essa que é pré-condição à realização das psicoterapias individuais. De forma semelhante, é corrente a percepção de que atividades artísticas são mais adequadas ao tratamento de mulheres que de homens, uma vez que elas seriam “naturalmente mais sensíveis”.

Olhando-se as atividades cotidianas realizadas pelas CTs (tabela 4), algumas diferenças entre as masculinas e as femininas também são nítidas.

TABELA 4
Atividades de rotina diária: CTs femininas versus CTs masculinas
(Em %)

Atividades de rotina diária	CTs femininas (sim)	CTs masculinas (sim)
Atendimento psicoterápico individual	91,6	82,8
Atendimento psicoterápico em grupo	73,5	83,1
Atividades físicas ou desportivas	89,9	92,2
Oficinas de artesanato	84,2	64,1
Oficinas de dança	22,0	4,5
Produção de pães e doces	65,1	56,9
Trabalhos de agricultura e pecuária	53,9	75,3
Trabalhos de construção civil	2,0	44,2
Venda de produtos ou mercadorias para angariar fundos para a CT	38,1	16,1
Outros	8,3	10,8

Fonte: Ipea (2016).

Na tabela 4, vemos prevalecerem nas CTs femininas as oficinas de artesanato e dança; a produção de pães e doces; e a venda de produtos ou mercadorias para angariar fundos para a CT – que, em geral, consiste na venda de objetos produzidos nas próprias oficinas de artesanato. Nas CTs masculinas, por sua vez, são mais frequentes as atividades físicas e desportivas e os trabalhos de agricultura, pecuária e construção civil.

A correlação entre as atividades listadas e as expectativas sociais mais tradicionais acerca dos papéis de gênero é evidente. Observa-se maior frequência de atividades que requerem força física entre as CTs masculinas; e daquelas que demandam mais habilidades manuais finas e sensibilidade nas CTs destinadas a mulheres – conforme a mais tradicional divisão sexual do trabalho.

Essas diferenças também foram observadas nos levantamentos etnográficos. Em uma CT mista, que acolhe tanto homens quanto mulheres, embora em alojamentos distintos, as atividades de terapia ocupacional para elas consistem em pintura em tecidos, aulas de dança e cuidados para a beleza (maquiagem e tratamento dos cabelos); e os homens participam de atividades competitivas, como jogos de salão (neste caso, jogos de perguntas e respostas sobre as regras de conduta da comunidade). Em uma outra CT – desta vez, só para mulheres –, a laborterapia comporta, além das tarefas domésticas rotineiras (cozinha, limpeza e organização da casa), cuidados com plantas e uma pequena horta, a produção de panos de prato, decorados com aplicações de tecido, e crochê. Segundo o relatório de campo, existia, ainda, naquela CT, uma oficina de costura que, embora sem uso naquele momento, havia sido doada para a laborterapia das mulheres.

Esses dados mostram que a oferta de atividades terapêuticas nas CTs – especialmente as relativas à laborterapia – é orientada pelas representações convencionais acerca do gênero de sua clientela. Em CTs masculinas, são mais frequentemente oferecidas atividades laborterápicas consagradas pela tradição como “de homem”: construção civil, agricultura. Nas femininas, são mais recorrentes atividades consideradas como tipicamente “de mulher”: bordado, beleza.

Isto nos leva a pensar que essas instituições também podem ser entendidas como espaços de homossociabilidade (Welzer-Lang, 2001), onde os processos de treinamento social dos internos e internas (De Leon, 2014) implicaria também a sua normalização segundo os papéis de gênero que lhes foram atribuídos pela norma cultural heterossexual e binária (Reis e Pinho, 2016) – isto é, restrita à polaridade feminino/masculino, que tem prevalecido na sociedade.

Partindo do pressuposto de que a relação entre a anátomo-fisiologia dos indivíduos e sua identidade de gênero é um dado indissociável da natureza, conforme se professou ao longo dos séculos, e tomando tal pressuposto como fundamento de sua moralidade, essas instituições acabam por impor barreiras simbólicas e morais àqueles sujeitos cujas identidades de gênero e orientações sexuais escapam à heteronormatividade. A próxima seção é dedicada a tratar deste tema.

4 SEXUALIDADE E DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NAS CTs

Como apontado, nas CTs, a separação de residentes segundo seu sexo biológico é uma regra deste modelo. O livro de De Leon (2014), principal obra traduzida em português e difundida no Brasil sobre o tema,¹⁴ recomenda a estrita separação dos

14. George De Leon é psiquiatra e atua, há mais de vinte anos, no tratamento do abuso de substâncias em CTs. Já veio diversas vezes ao Brasil a convite da Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRCT), e seu livro, publicado aqui em 2001, chegou à sua quinta edição no país em 2014.

internos por sexo, nos dormitórios das instituições, de forma a impedir “interações e comportamentos sexuais impróprios” (De Leon, 2014, p. 201).

Não obstante, a obra não sugere explicitamente que as instituições se especializem no atendimento a pessoas de um só sexo, nem que as interações sexuais entre os internos sejam totalmente interditas. Para o autor, estas relações podem ocorrer a partir de certo momento do tratamento, desde que sejam consideradas (pela equipe dirigente) “cl clinicamente apropriadas”. Segundo ele, relações sexuais e afetivas entre pares na CT podem se dar quando os(as) envolvidos(as) estão “no último estágio” do tratamento, devendo funcionar pedagogicamente, para fins de uma reinserção social adequada. Apesar disso, De Leon (2014) recomenda expressamente que os casais sejam acompanhados pela equipe de cuidadores, conforme explicita no trecho a seguir.

Os relacionamentos sexuais na CT são *administrados como aspectos específicos da aprendizagem social*. Permitem-se esses relacionamentos como privilégios obtidos por meio da demonstração de responsabilidades pessoais e sociais que promovem o crescimento pessoal e a motivação. O foco é o treinamento direto de comportamentos sexuais e a modificação de atitudes negativas, com destaque para o respeito ao parceiro sexual (De Leon, 2014, p. 202, grifo nosso).

A interdição sexual, entretanto, é ainda mais severa nas CTs brasileiras. Os dados apurados por nossa pesquisa (Ipea, 2017) indicam que nenhuma instituição autoriza relacionamentos sexuais entre os acolhidos durante o tratamento; e poucas permitem que seus residentes os mantenham com parceiros de fora, mesmo que sejam suas esposas ou esposos, companheiras ou companheiros, conforme se pode constatar no gráfico 1, apresentado na seção 3.¹⁵

É provável que esta norma esteja associada a comandos morais, especialmente aqueles oriundos das religiões cristãs, cuja influência nas CTs brasileiras é bastante expressiva.¹⁶ Como é sabido, as religiões cristãs condenam a atividade sexual sem finalidade de procriação.¹⁷ Ademais, preconizam o autocontrole sobre o corpo e o espírito (o ascetismo) como caminho imprescindível para a autopurificação, a virtude e a aproximação com Deus – objetivos que conferem sentido aos esforços para a conquista da abstinência de drogas, no contexto das CTs cristãs, como mostram diversas pesquisas.¹⁸ Deste modo, a abstinência sexual, no contexto das CTs brasileiras, pode também ser entendida como exercício disciplinar sobre o corpo e o espírito.

15. A taxa de 0,8%, constante do gráfico 1, pode ser considerada desprezível, pois está fora da margem de erro da pesquisa, que é de 5%.

16. Segundo a pesquisa mencionada, 83% das CTs do Brasil têm orientação religiosa cristã, sendo 47% delas evangélicas e 27% católicas. A pesquisa mostra, ainda, que as CTs que dizem não seguir nenhuma orientação religiosa (17,8% do total) também alicerçam seu método no cultivo da espiritualidade dos internos (95%) e na realização rotineira de estudos bíblicos (89%) e cultos (88%) (Ipea, 2017).

17. Sobre a regulação da sexualidade pelas religiões cristãs, ver Dantas (2010), Sáez (2017) e Vainfas (1986).

18. Ver Ipea (2017), Machado (2011) e Aguiar (2014).

Contudo, se a separação dos indivíduos por sexo é uma estratégia das CTs para inibir a ocorrência de relações sexuais entre homens e mulheres durante o tratamento, ela não seria efetiva para coibir relações entre pessoas do mesmo sexo. Quais seriam as precauções, então, neste caso?

A partir da pesquisa (Ipea, 2017), observou-se que o modo como as CTs lidam com residentes com orientações sexuais ou identidades de gênero diversas da heteronormatividade binária tem sido tema sensível no debate público sobre as CTs.¹⁹ A este respeito, o relatório da inspeção elaborado pelo Ministério Público Federal, pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, do Ministério da Justiça, nestas entidades, em 2011 (CFP, 2011), apontou diversas restrições colocadas por algumas delas a pessoas LGBT, as quais considerou violação de direitos.

Além de proibições à manifestação e à prática da homossexualidade, o documento indica que foram encontradas, entre as instituições inspecionadas, algumas que se dedicariam, como um objetivo paralelo, alterar a orientação sexual de pessoas LGBT (CFP, 2011, p. 170).

Cabe esclarecer que nossa pesquisa (Ipea, 2017) não identificou esta prática em nenhuma das CTs etnografadas. Porém, o fato de não as encontrarmos não nos autoriza a dizer que elas não existem.²⁰

Em contrapartida, os dados do *survey* indicam que, se muitas CTS aceitam pessoas homossexuais (90%), o mesmo não ocorre com sujeitos que se identificam como travestis ou transgênero: apenas 50% das CTs aceitam travestis, e somente 44% delas acolhem pessoas transexuais (tabela 5).

TABELA 5
Aceitação de sexualidade e identidade de gênero diversa, pelas CTs, segundo sexo dos acolhidos
(Em %)

Sexualidade/identidade de gênero	CTs
	Brasil
Número de CTs	1.950
Heterossexuais	97,2
Homossexuais	90,3
Travestis	49,9
Transexuais (pessoas que realizaram mudança de sexo)	44,2

Fonte: Ipea (2016).

19. Esse debate é apresentado no capítulo 1 desta publicação.
20. Além de a pesquisa ter sido realizada num conjunto restrito de CTs (dez, ao todo), nossa presença nelas foi condicionada à autorização de seus dirigentes. Nem todas as CTs nos concederam essa autorização – o que implica dizer que é provável que nossas observações não tenham dado conta de diversas situações.

O fato de alguns dos questionários da pesquisa terem sido respondidos por telefone²¹ tornou possível aos pesquisadores explorar mais detidamente esta questão durante a coleta de dados. Foi assim que fomos informadas de que algumas CTs se dispunham, sim, a receber travestis, desde que eles se “destravestissem” durante a internação, passando a usar roupas típicas do seu “sexo biológico”. Tal observação, ouvida de representantes de diversas CTs, evidencia a objeção dessas entidades às expressões de identidade de gênero não binárias (isto é, feminina e masculina) e sugere a presença de tensões, nestes espaços, em torno da questão da diversidade sexual.

Também foram registradas, em alguns dos relatórios etnográficos realizados para a nossa pesquisa, situações de constrangimento moral a pessoas homossexuais. Em uma CT, a pesquisadora observou o seguinte fato.

É importante atentar para o modo como a identidade homossexual é observada [na CT]. Aqueles identificados como homossexuais são frequentemente vítimas de violência simbólica – às vezes, de maneira sutil; às vezes, explicitamente. Quando um homossexual é assediado dentro do espaço, é mais provável que ele seja o culpabilizado por, supostamente, gerar desejo no outro (...). Quando isso aconteceu, uma vez, o rapaz [homossexual] apresentou denúncia aos dirigentes, mas foi acusado de fazer tal denúncia apenas para poder sair da CT e usar drogas.²²

Outro relatório etnográfico, referente a uma CT diferente, destaca a representação negativa de seu dirigente acerca de homossexuais (em particular, de homens homossexuais).

Um fato curioso a respeito da construção desse “outro”, no ambiente da CT, é quando se trata de um homossexual. Neste caso, a equipe dirigente considera que ele pode, sim, ser um *perigo* para os outros acolhidos, pois pode oferecer bens, favores e até dinheiro em troca de sexo. E, de acordo com o mestre Lis, “onde entra dinheiro entra droga também”. No período em que estive na Flor de Lótus, dois rapazes homossexuais ingressaram na CT. A solução que a instituição deu para esses casos – já que ali o acolhimento deve ser *incondicional* – foi enviar esses indivíduos para outra unidade, que abrigava casais e mulheres solteiras. O próprio mestre me disse que, apesar de também haver homens naquela unidade, “os homossexuais não se metem a besta porque, senão, apanham das companheiras dos outros rapazes”.²³

Evidencia-se, no trecho citado, a percepção do interlocutor de que homens homossexuais são hipersexualizados, promíscuos e dispostos a pagar para atrair parceiros sexuais – em linha com vetusta teoria segundo a qual homossexuais são

21. Os questionários do *survey* foram, em sua maioria, respondidos numa plataforma *on-line*. Contudo, algumas CTs que não possuíam boa ou nenhuma conexão com a internet responderam à pesquisa por telefone.

22. Relatório etnográfico, CT Belo Lar.

23. Relatório etnográfico, CT Flor de Lotus.

perversos, imorais e anormais, que tem servido de justificativa para a negação dos direitos sexuais dessas pessoas e para sua estigmatização.

Não obstante, a defesa dessa perspectiva se apresentou mais de uma vez nas CTs etnografadas. Outro exemplo é uma fala do dirigente de uma CT distinta (para homens) em que se refere aos direitos sexuais das pessoas que se declaram homossexuais.

O homossexual quer casar com outro homem? Deixa ele casar. É problema dele. Agora, ele interferir nas coisas dos outros? Não! Se ele quer casar, que case *pra lá*. Não venha *desmoralizar a igreja* dos outros, não. *Faça sua religião pra lá, crie ela pra lá*. Porque a *nossa* está dizendo que *Deus abomina*. Tá aqui [segura a bíblia], em Levítico 20:13: “O homem que se deitar com outro homem, como se fosse mulher, está cometendo uma abominação. Os dois serão réus de morte e o sangue deles cairá sobre eles mesmos”. Tá aí. É abominável. Ou seja, Deus não quer nem saber, detesta isso.²⁴

Neste caso, ainda que o declarante procure demonstrar que reconhece o direito das pessoas homossexuais ao casamento e à religiosidade (“deixa ele casar”, “faça sua religião”), fica clara sua reivindicação de que tais direitos sejam exercidos em espaços restritos, exclusivos ou invisíveis à sociedade. Sua fala é categórica: que o exerçam “pra lá”. Ademais, em sua justificativa, apela às escrituras sagradas do cristianismo (no caso, o Antigo Testamento), atribuindo ao deus cristão a origem da condenação moral que ele então atualiza – “Deus detesta isso”.

Objecções a orientações sexuais e identidades de gênero diversas da norma heterossexual têm perdido legitimidade de forma crescente nos últimos anos, em inúmeras sociedades, inclusive na brasileira, mas ainda resistem vigorosamente entre certos grupos sociais, inclusive entre cristãos de diferentes denominações. Natividade e Oliveira (2009) já apontaram que, para muitas destas denominações, desejos homossexuais são percebidos como manifestação de possessão demoníaca (Natividade e Oliveira, 2009, p. 206), da mesma maneira como é entendido o vício em drogas (Mariz, 2016; Brandão e Carvalho, 2016). Sendo assim, tanto a abstinência de drogas quanto a reconversão sexual de pessoas LGBT tornam-se desafios a serem enfrentados por aqueles grupos religiosos que atribuem a si mesmos a missão de livrar a vida secular de influências malignas (Bittencourt, 2003).²⁵ Esta lógica pode explicar – ainda que não justifique, nem autorize – o propósito de algumas CTs, vinculadas a certos grupos religiosos, de buscar, num mesmo empreendimento,

24. Relatório etnográfico, CT AME.

25. Como bem explicado por Bittencourt, “o aforismo ‘o mundo jaz no maligno’ explica os valores deformados da vida secular e justifica o afastamento das coisas do mundo. Por conta do pecado original, os crentes creem que o homem deu legalidade ao demônio, uma das facetas do real, para que fosse príncipe do mundo. Neste sentido, os valores do mundo não são os valores de Deus, mas sim daquele que o rege e domina – o demônio. A dependência às drogas e a própria droga são vistas como obras do maligno. Portanto, os valores do crente não são os valores do mundo, mas os valores de Deus. O mundo, desta forma, não é um lugar aprazível para o crente” (Bittencourt, 2003, p. 268). Ver também Mariz (2016).

curar pessoas do vício em drogas e da homossexualidade, tal como revelado pelo relatório de inspeção de CTs mencionado neste texto (CFP, 2011).

É fato que nossas pesquisas qualitativas não nos autorizam a fazer afirmações gerais sobre a moralidade vigente em todas as CTs brasileiras. Contudo, o conjunto de dados analisados até aqui sugere que, no que tange à sexualidade e às performances de gênero (Butler, 1988), persiste, em diversas dessas instituições, uma ordem moral que resiste ao reconhecimento dos direitos sexuais àquelas pessoas que não se enquadram no modelo heterossexual binário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decurso da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), uma multiplicidade de questões relacionadas aos temas da sexualidade e das relações de gênero emergiram, tais como: *i)* a grande superioridade do número de vagas em CTs que estão disponíveis apenas para homens; *ii)* a separação das pessoas, no interior das CTs, em função do sexo, e mesmo a especialização das CTs em femininas ou masculinas; *iii)* a especificidade do tratamento ofertado às mulheres; e *iv)* as tensões introduzidas pela presença daqueles e daquelas cujas orientações sexuais, identidades e expressões de gênero são diversas da heteronormatividade. Essas questões sugerem um programa de investigação relevante para a compreensão das CTs como instituições que se pretendem educativas e transformadoras das subjetividades dos que são postos aos seus cuidados – dentro do qual este artigo pretende ser apenas um exercício preliminar.

No que se refere à grande superioridade numérica de vagas em CTs para homens no país, constatamos, nas estatísticas disponíveis, que ela é aparentemente compatível com a menor prevalência do uso de SPAs entre mulheres. Ao investigarmos possíveis razões para isso, encontramos na literatura formulações que, de um lado, apontam para os fundamentos biológicos das diferenças entre homens e mulheres, relativas ao uso e abuso de drogas; de outro, chamam a atenção para a influência de estereótipos acerca da *natureza* de cada um dos sexos, nos diagnósticos em saúde mental e, mais especificamente, naqueles sobre os transtornos decorrentes do uso de SPAs.

Partindo de um ponto de vista que não se quer normativo e nem naturalista, a respeito da sexualidade e das formas de identificação e expressão de gênero, observamos que esses temas são bastante sensíveis no modelo de cuidado das CTs. Este modelo implica a convivência, por longo tempo, entre pessoas que devem ser tratadas para superar um suposto vício, em ambientes isolados da vida social e sujeitas a um regime social restrito a esses locais. Levantamos as hipóteses de que, se este regime inclui a interdição da atividade sexual, é porque o sexo é percebido como distração da disciplina e do ascetismo, tidos como essenciais ao sucesso do tratamento, e/ou porque é olhado como impuro e pecaminoso – visão cristã que exerce forte influência na moralidade dominante nas CTs brasileiras.

As especificidades do tratamento para as mulheres também merecem destaque, na medida em que implicam, em primeiro lugar, regras severas acerca do vestuário, destinadas a reiterar os imperativos do pudor e do recato – atributos historicamente impostos aos indivíduos do sexo feminino nas sociedades cristãs (mas não só nelas). Ademais, porque a oferta de atividades terapêuticas específicas para cada sexo faz do próprio tratamento um meio de fixação dos papéis de gênero convencionais (masculino e feminino), compatíveis com relações sociais de gênero estruturadas sob a égide da dominação masculina.

Por fim, chamamos a atenção para as tensões encontradas em algumas CTs, relativas à presença de pessoas LGBT: preconceitos e hostilidade em relação a homossexuais parecem agravar-se quando se trata de pessoas transexuais e transgênero, que, inclusive, são admitidas por menos de 50% das CTs. Nestes casos, a presença de regras que determinam o uso exclusivo de vestuário compatível com o sexo biológico dos internos e internas, em algumas CTs, corroboram as preocupações, já apresentadas por agentes públicos, de que essas instituições estejam incorrendo em violação dos direitos destas populações.

REFERÊNCIAS

ABEAD – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Aspectos gerais do alcoolismo feminino**. São Paulo: Estadão, 2014. Disponível em: <<http://emails.estadao.com.br/blogs/joel-renno/aspectos-gerais-do-alcoolismo-feminino/>>.

AGUIAR, A. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação**: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN). 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2014.

BITTENCOURT, L. Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. v. 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 265-273.

BRANDÃO, B.; CARVALHO, J. Aqui não é uma comunidade terapêutica: entre diversidade e normatividade em tratamentos com usuários abusivos de drogas. **Revista Teias**, v. 17, n. 45, 2016.

BUTLER, J. Performative acts and gender constitution: an essay in phenomenology and feminist theory. **Theatre Journal** – The Johns Hopkins University Press, v. 40, n. 4, p. 519-531, 1988.

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. 200 p.

DANTAS, B. S. A. Sexualidade, cristianismo e poder. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 3, p. 700-728, 2010. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8909/6791>>.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. Tradução de Sobral *et al.* 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FERREIRA, I. **Toxicomania e virilidade:** uma articulação no campo da saúde mental. Brasília: [s.n.], 2014.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ICICT – INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Pesquisa nacional sobre uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz, 2014.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Relatório preliminar da pesquisa Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** Brasília: Ipea, 2016. (Boletim de Análise Político-Institucional, n. 10).

_____. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** Brasília: Ipea. 2017. (Nota Técnica, n. 21).

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.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. *In:* MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflição:** abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-67.

MARIZ, C. Ação social de pentecostais e da renovação carismática católica no Brasil: o discurso de seus líderes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 92, out. 2016.

MATOS, R.; MACHADO, C. Criminalidade feminina e construção do gênero: emergência e consolidação das perspectivas feministas na criminologia. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 30, n. 1-2, p. 33-34, jan. 2012 .

NATIVIDADE, M. T.; OLIVEIRA, L. de. “Nós acolhemos os homossexuais”: homofobia pastoral e regulação da sexualidade. **TOMO**, Aracaju, n. 14, p. 203-227, 2009.

NICHOLSON, L. Interpretando gênero. **Revista de Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917>>.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2009.

_____. **Global status report on alcohol and health**. Genebra: OMS, 2014.

REIS, N.; PINHO, R. Gêneros não binários, identidades, expressões e educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 1, p. 7-25, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/7045/pdf>>.

SÁEZ, O. C. Contra naturam, contra connubium: a sexualidade no cristianismo. **Religião e Sociedade**, v. 37, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872017v37n1cap07>>.

SENAD – SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Brasília: Senad, 2010.

_____. **Supera**: o uso de substâncias psicoativas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

VAINFAS, R. **Casamento, amor e desejo no ocidente cristão**. São Paulo: Editora Ática, 1986.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001.

ZANELLO, V.; SILVA, R. M. C. e. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745>.

O CUIDADO DAS MULHERES NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Rosa Virgínia Melo

1 INTRODUÇÃO

No universo da oferta de cuidado em saúde mental no Brasil, são as mulheres, em geral, as responsáveis pelas ações de ponta, seja no âmbito privado, como mães e esposas dadas, seja no público, como enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais. Neste texto, é abordado o tema da dependência química quando são elas, e não eles, quem requerem medidas de cuidado no contexto do considerado uso abusivo de álcool e outras drogas.

Proponho uma reflexão antropológica situada em um determinado contexto empírico, com o objetivo de contribuir com análises sobre a temática de gênero no campo da saúde mental para álcool e outras drogas. Neste campo, pesquisas apontam para especificidades no cuidado das mulheres, em função das expectativas quanto ao desempenho do papel social atribuído à maternidade (Galera, Roldán e O'Brien, 2005; Fowler *et al.*, 2015; Bastos e Bertoni, 2014; Haritavorn, 2016).

A partir de etnografia, argumenta-se que o modelo de tratamento encontra, na ação de “recuperação” do contingente feminino, desafios semelhantes ao modelo terapêutico baseado nos Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA) (Melo, 2016; Melo, 2017).

O contexto histórico de formação do grupo de ajuda mútua mais famoso no mundo, o AA, nos dá algumas pistas do que considera-se dificuldades do método de tratamento, no que tange ao contingente feminino, devido à centralidade de uma certa noção de família no *ethos* da ajuda mútua e seus desdobramentos na simbolização do feminino e da maternidade.

O AA foi fundado nos Estados Unidos, em 1935, por dois bebedores de classe média, protestantes e politicamente conservadores, unidos pela experiência no Oxford Group – inicialmente conhecido como The First Century Christian Fellowship e, em seus anos finais, como Moral Re-Armament (Robertson, 1988; Leon, 2003). Inspiradas por um afix evangelizador de seus membros na “recuperação” de bebedores contumazes, as reuniões de AA, regadas a café e tabaco, atendiam, até a década de 1950, apenas homens brancos, em ambiente de mutualidade e por meio do exemplo e da educação.

Até meados do século XX, as mulheres bebedoras contumazes eram internadas em sanatórios, mas não incluídas no contexto inicial dos grupos de AA, pois a elas não era atribuído o problema – eram preservadas em suas imagens de mãe e esposa, solicitadas apenas como apoio ao tratamento dos cônjuges, pais, irmãos e filhos. O propósito deste texto, portanto, é debater a crescente presença das mulheres em um “grupo de Doze Passos” inspirado em AA, cuja metodologia de tratamento tem um perfil orientado para uma clientela masculina, adulta, branca e de classe média.¹

Durante a pesquisa, a presença de mulheres na instituição mais que dobrou, o que não alterou a ampla maioria de homens no local. Enquanto publicações apontam o uso intenso de álcool entre mulheres como um dado invisibilizado (Roberston, 1988), outros dados indicam um aumento significativo na quantidade de mulheres com uso problemático de álcool e ou outras drogas no mundo ocidental (Galera, Roldán e O’Brien, 2005).

A entidade privada, que engloba salas de ajuda mútua e comunidade terapêutica (CT), é dirigida atualmente por uma presidente e pelo corpo de diretores, todos voluntários, que possuem vínculos afetivos com portadores da nomeada doença. A instituição é composta pelos grupos de ajuda mútua Núcleo de Ajuda à Toxicômanos e Alcoolistas (NATA) e Núcleo de Ajuda aos Familiares de Toxicômanos e Alcoolistas (NAFTA), bem como pela CT. Nas duas salas do NATA – a “triagem”,² frequentada por “adictos na ativa”, e a “perseverança”, daqueles “em recuperação” –, cerca de 80% da frequência é masculina, sendo a primeira quase que exclusiva dos homens. As mulheres que frequentam a “perseverança” são, em geral, egressas da CT. No NAFTA, formado pelas salas dos familiares das três categorias de adicto (ativa, residente e perseverante), a porcentagem inverte-se. Tal como em outros espaços de frequência religiosa e em visitas aos presídios, a participação nas reuniões de familiares é majoritariamente feminina. Assim, no método de cuidado que tem homens como protagonistas no recebimento das ações, as mulheres figuram como doadoras dessas ações.

A referida desigualdade na presença de homens e mulheres também apresenta-se na CT,³ onde a sede masculina costuma ficar lotada, ao contrário da feminina.⁴ A frequência de mulheres nos dias de visita na CT masculina é muito superior à dos homens na CT feminina, o que, como já mencionado, pode ser visualizado no NAFTA.

1. O contexto da etnografia não significa que a simbologia do feminino e as injunções morais do método, como veremos, sejam restritas aos grupos de Doze Passos, dado o alcance simbólico da maternidade.

2. A frequência mínima em quatro reuniões consecutivas é obrigatória para os interessados em ingressar na CT.

3. Diferentemente das salas de ajuda mútua, que frequentei por meses seguidos, na CT realizei visitas e entrevistas, material limitado para maiores interpretações das dinâmicas entre os sujeitos desse espaço, internos e monitores, todos autoidentificados como adictos.

4. Crianças não são admitidas na CT, e há um entendimento de que os maridos ou namorados não se dispõem a permanecer na relação sob tais circunstâncias, fatores objetivos que atingem negativamente a adesão das mulheres ao regime residencial.

A frequência semanal na sala da família dos residentes é obrigatória para aqueles que quiserem visitar o ente querido na CT.

Considero o grupo de ajuda mútua, ou autoajuda, como categoria terapêutica que se organiza de modo dinâmico, em torno de uma visão que identifica atos desviantes e se propõe a tratá-los, tendo como fundamento a crença na capacidade individual de mudança. Esta crença é engendrada por uma metafísica do cultivo do contato com um “poder superior”,⁵ ao alcance do indivíduo em relação específica com seus pares, conforme preceituado em AA. Nesse relacionamento, sentimentos e habilidades são, idealmente, adquiridos por meio da adesão a uma prática ritualística central nos encontros dos membros, as denominadas partilhas. Associo-as ao modelo de transmissão de fé cristã realizada pelo testemunho,⁶ em que o sujeito se engaja e reproduz narrativas de construção da condição de doente, do percurso necessário à recuperação e da nova condição.

A participação ativa no discurso partilhado é condição necessária, mas não suficiente, para o alcance da “sobriedade” almejada. Durante a partilha, o membro constrói a memória de sua trajetória no “tempo da ativa”, “tempo de insanidades”, revivendo-a em cores fortes, como impulso para sua transformação pessoal. A prática ritualizada, em que se diz que o “remédio entra pelo ouvido e a doença sai pela boca”, não faz, em sua concepção, distinção de gênero. Ao longo da discussão, entretanto, argumento que, para o engajamento no jogo da partilha, é necessário o cultivo de uma certa disposição de expor situações vividas no tempo de “uso”. Tal disposição carrega implicações relacionadas ao gênero que são condicionantes da eficácia do método.

A ausência de consenso na literatura científica sobre a definição do conceito de dependência, doença da dependência ou adicção (Levine, 1978; Berridge, 1994; Babor, 1994; Room, 1983; Fraser, 2017), por sua vez, não é obstáculo para a hegemonia, em meios científicos e vernaculares, da ideia de uma “doença incurável, progressiva e fatal”, cujo controle, com ou sem medicamentos, encontra-se no interior do sujeito portador – o adicto.

O termo adicção tem sido usado nas ciências sociais desde 2013 no sentido de levar a sério a temática como objeto de conhecimento, intervenção, identificação e contenção no mundo contemporâneo, ou seja, de compreender seus supostos e dialogar em um campo interdisciplinar (Raikhel e Garriott, 2013).

A questão relativa à categoria “adicção”, no contexto em pauta, não se refere somente ao uso de substâncias, mas a um uso relacionado a uma reputada conduta

5. A etnografia trouxe uma diversidade de concepções da categoria de poder superior entre cristãos, espíritas e ex-atheus engajados no tratamento. Para mais, ver Melo (2016).

6. Ver Dullo e Duarte (2015) e vídeo de Marcio Seligmann-Silva, disponível em: <<http://www.institutocpfl.org.br/play/relacoes-humanas-no-mundo-contemporaneo-testemunho-como-chave-etica-com-marcio-seligmann/>>.

social errônea, seja no âmbito privado e/ou no público (Ferreira, 2013). A constituição da nomeada doença nas salas pesquisadas, bem como na CT, difere da medicina biomédica porque extrapola a teoria de um mau funcionamento do cérebro, já que o ato de uso intensivo opera mediações também nas esferas metafísicas e morais – e seu controle prescinde de medicamentos, a não ser em casos considerados especiais.⁷

O movimento proposto de transformação do comportamento, “crescimento pessoal” ou “autoconhecimento” conta com o trabalho voluntário de monitores e monitoras.⁸ A narrativa de transformação tem um viés cristão, percebido localmente como espiritual e educativo. Além disso, caracteriza-se por uma moralização do cotidiano contida nas ideias de família, responsabilidade social, autoconfiança e ética do trabalho. Tais pressupostos culturais são sacralizados na ordem de um discurso redentor que, portanto, confere *status* de honra e estima social. Menções ao cérebro ou à biologia surgem nas narrativas como uma dimensão submetida à vontade do sujeito, fortalecida na relação com o “poder superior”. Classes trabalhadoras brasileiras são maioria da frequência no local e estão, em geral, afinadas com um código moral que vincula a subjetividade e privilegia o relacional, a reciprocidade e a complementaridade nas relações familiares (Duarte, 2006).

As consequências do descumprimento de expectativas quanto aos papéis sociais são recortadas por gênero e, como discuto adiante, não acometem homens e mulheres igualmente. Para mulheres que tocaram as margens da sociedade no período de uso intensivo de substâncias e adentram o tratamento para a objetivada “recuperação”, rupturas do mandato social surgem como mais problemáticas que para os homens, sobretudo no que se refere ao cuidado da prole. Atribuições de responsabilidade parental aparecem, na etnografia, de modo dessemelhante entre homens e mulheres. No caso das interlocutoras de pesquisa, o sentimento de fracasso como mãe e a culpa daí decorrente são, com angústia, reiterados nas entrevistas, não representando, entretanto, um tema sensível naquelas realizadas com os interlocutores masculinos.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA

Os dados de campo que fundamentam este texto referem-se a uma pesquisa inicialmente interessada na construção da categoria de dependência química em CT, religiosamente orientada e financiada pelos governos distrital e federal, entre janeiro e agosto de 2014, analisadas com ênfase na família (Melo, 2016); na relação

7. A CT não prescreve medicamentos, mas o sujeito pode dar seguimento ao tratamento medicamentoso prescrito alhures, caso deseje, mas essa não é uma prática frequente, tampouco valorizada pela direção, por monitores e residentes.

8. Monitores são “adictos em recuperação” que fizeram o tratamento residencial e receberam treinamento previsto pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 2011, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O documento destitui a obrigatoriedade de o profissional atuante no espaço ser da saúde ou da assistência social. Há escassez de monitoras para o trabalho na CT feminina.

entre o sujeito e a nomeada doença (Melo, 2017); e na influência da formação de AA na construção de tal doença (Melo, 2018). Posteriormente, a releitura do material etnográfico impulsionou um retorno aos grupos de ajuda mútua no sentido de investigar dados sugestivos para uma análise de gênero e adicção química na ajuda mútua baseada em Doze Passos, entre julho e novembro de 2017.

Realizei seis entrevistas com mulheres usuárias do tratamento: três na CT e três no prédio das salas. Entre estas, duas eram ex-residentes da CT. Uma residente e uma perseverante aderiram ao método por força de medidas judiciais, mencionadas adiante. Todas eram mães: duas eram avós e duas, casadas – uma delas com um companheiro de sala e outra com um residente. A entrevistada, que não havia se internado, afirmou não se adaptar ao modelo residencial, mas era assídua em salas de grupo, acompanhada de sua namorada. Apenas ela fazia uso de medicamento controlado para ansiedade, receitado por um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), onde também realiza tratamento.

De acordo com a fala de todas as entrevistadas, de dois monitores do sexo masculino, de três mulheres que atuam na diretoria e dos dois presidentes da obra, colhidas durante o período da pesquisa,⁹ o tratamento das mulheres "dependentes químicas" é mais difícil e exige muitas adaptações, uma vez que elas sofreriam, mais que os homens, de "autocomiseração". Além disso, não se adaptariam bem a um método cujo objetivo é o futuro. Para a então secretária da obra, "o homem é mais fácil de se achar nesse campo aí, de receber ajuda. A mulher é muito resistente de receber ajuda". Tal percepção, comum entre os interlocutores, chama a atenção porque destoa de uma noção comum ao campo de outras terapias, não relacionado ao álcool e outras drogas, em que a participação feminina é mais frequente e intensa que a masculina. Pesquisas demonstram como, muitas vezes, são as mulheres que tomam a iniciativa no cuidado das figuras familiares masculinas (Rohden, 2014).

O que dizem aquelas que se autoidentificam como adictas sobre serem cuidadas nesse contexto da dependência química? Quais as facilidades e dificuldades delas em relação à metodologia e seus supostos? Como é o acesso e a permanência nas reuniões por parte das mães? Qual a faixa etária das mulheres que se internam? Quantas são mães? Quem cuida de seus filhos?

Não se pretende responder a todas as perguntas, mas apontar para valores e símbolos que incidem nos arranjos familiares e questionar o que isso pode dizer das relações entre homem e mulher no interior da família.¹⁰ Importa interrogar o sentido das questões culturalmente tipificadas, como a do feminino, e apurar o impacto disso na metodologia proposta.

9. Um dependente químico em recuperação e uma companheira de um portador, respectivamente.

10. Entre as entrevistadas, duas viviam no momento relações homoafetivas, mas não se constituíam como família nuclear.

Dessa forma, não se realiza aqui um estudo comparativo, tampouco apresentam-se dados estatísticos no campo da adicção e do gênero, mas objetiva-se uma análise inicial de uma gramática frequente acerca de supostos culturais que identificam especificidades de gênero e seus desdobramentos no tratamento do uso intensivo de substâncias psicoativas (SPA) entre mulheres que são mães.

3 QUANDO É A MULHER QUEM PRECISA DE CUIDADOS

Durante a pesquisa, e para além do contexto etnográfico em tela, ouviu-se, de profissionais da saúde e usuários, que a autoestima das mulheres em uso considerado intensivo de álcool e outras drogas é menor que a dos homens, e que elas apresentam índices de ansiedade e depressão maiores, além de terem o desempenho de suas habilidades sociais mais prejudicado. De acordo com essa perspectiva, a culpa e a vergonha pelo estilo de vida transgressor no interior da subcultura das drogas são mais acentuadas nas mulheres do que nos homens, conforme tem sido notado pelas ciências sociais (Bourgois, 1996; Haritavorn, 2016).

A seguir, apresentam-se brevemente duas interlocutoras de pesquisa,¹¹ selecionadas porque comunicam com transparência e de modo sucinto as visões mais generalizadas sobre questões de gênero na adicção química. Uma ia ao NATA e a outra residiu na CT; ambas frequentaram a entidade em cumprimento a medidas judiciais.¹² O leitor será remetido aos trechos transcritos a seguir, devido à clareza dessas interlocutoras em veicularem um conteúdo comum ao universo pesquisado.

Na sala da perseverança

Andrea é solteira, separada do pai dos seus dois filhos, também adicto; é filha de mãe e pai adictos. Afirma ter sofrido muito com a adicção da mãe, enquanto o pai, recasado e com uma vida funcional, consta em sua fala como provedor. Possui ensino fundamental, sem profissão. Morou na rua, onde conheceu o pai dos filhos. Frequentava a sala da perseverança com sua namorada. Não foi residente em CT e frequentou, além do NATA, outras salas de Doze Passos. Durante a pesquisa, também fez tratamento no CAPSad e afirma que, além da espiritualidade, também precisa de psicóloga e de medicamento. Além disso, ela cumpriu medida judicial em liberdade, por roubo.

Andrea: Hoje em dia eu vejo que as mulheres têm muita dificuldade pra se recuperar.

Entrevistadora: Por quê?

11. Os nomes são fictícios.

12. A instituição não faz internação involuntária, contudo Fernanda internou-se, assim como o companheiro, para reaver a guarda da filha, e Andrea passou a frequentar as salas para ter a pena por roubo aliviada.

Andrea: Não sei... eu acredito que os homens são mais diretos. Quando eles precisam de ajuda, eles falam e pronto. Mulher é mais cheia de *nhe nhe nhe*.

Entrevistadora: Difícil pedir ajuda?

Andrea: Difícil aceitar ajuda, difícil lidar com o trauma, principalmente as que são mães. É difícil lidar com a culpa, né? “Eu tô aqui usando drogas, será que meus filhos vão me aceitar de volta?” – todo mundo tem esse pensamento. Mas eu tinha uma dificuldade muito grande de pedir ajuda, até pra ele [o pai de seus dois filhos], porque eu não queria pedir ajuda pra uma pessoa que tá no mesmo lugar que eu [usando drogas e vivendo na rua]. Só que, assim... eu já me perdoei. Eu já consegui me perdoar. É uma doença. Eu fiz isso, mas eu não sabia nem de mim, ainda mais deles [os filhos].

Entrevista na CT

Fernanda possui ensino fundamental e está no terceiro casamento. Seus pais são casados e evangélicos. Quando menina, gostava de conviver no mundo masculino, jogar bola, e era castigada pelo pai devido a tais identificações. No primeiro casamento, trabalhava em casa, bem como no segundo. O primeiro casamento teve fim devido às agressões físicas do marido, e o segundo acabou em razão de seu uso de álcool. Após o assassinato de um filho do primeiro casamento, morto por um amigo de infância, ela passou a usar *crack* e perdeu a guarda dos demais filhos, um dos quais também é usuário de *crack*. Sua terceira união acontece neste contexto. O casal, sob uso intensivo da droga¹³ e desprovido de moradia, sobrevivia de catar latinhas. Após o nascimento da filha, que apresenta problemas de paralisia cerebral, ela e o marido foram residir nas respectivas CTs, em função de um mandato judicial, que sugeria internação para a recuperação da guarda da filha. Não concluíram o tratamento.

Fernanda: Hoje eu sei, não foi minha família que me abandonou. Fui eu. Eu que abandonei eles, porque eu preferia a droga. Que nem meus filhos. Hoje eu sinto muita falta dos meus filhos. Sinto falta, sinto remorso, porque não cuidei direito. Se eu tivesse cuidado, meu filho não taria morto. Se eu tivesse cuidado desse outro de 17 anos, meu filho não tava nas drogas. Então eu me sinto culpada. Se eu tô sem nenhum filho comigo foi porque não fui uma boa mãe. Sabe, quando eu sair daqui, quero ser outra pessoa, quero andar com minhas próprias pernas, quero conquistar tudo aquilo que eu perdi.

Entrevistadora: O que foi?

Fernanda: Eu perdi meus filhos, minha autoestima, meu valor. Ninguém me respeita. Meu ex-marido entrou na justiça e pegou a guarda dos meus filhos.

13. Ela afirma ter iniciado o marido no vício, pois, antes dela, ele usava de vez em quando. Era ela, e não ele, quem fazia “os corres” para adquirir a droga.

Eu quero poder ir atrás do meu filho, ver se consigo arrancar meu filho das drogas. Quero pegar minha filha do abrigo da casa de acolhimento, eu não vou deixar minha filha lá. Se eu tô aqui fazendo esse tratamento é pra pegar minha filha. Eu fiz isso por mim e pela minha filha, e pelo meu marido. Eu quero poder ter uma vida pra mim, quero poder ter minha casa, meu fogão, meu bujão, pra mim poder cuidar da minha casa, do meu marido, dos meus filhos.

Entrevistadora: Mas na triagem [NATA] tem pouca mulher.

Fernanda: É porque elas se escondem. Não querem se expor. Sou drogada? Sou. Minha vantagem de querer ser tratada é essa, nunca neguei!

Entrevistadora: E você acha que as mulheres querem esconder isso?

Fernanda: Elas querem esconder por vergonha! Entendeu?

Entrevistadora: E os homens, têm vergonha?

Fernanda: Os homens não têm vergonha, eles são [não acha a palavra]... Eles tão ali, fazem ao vivo e a cores, não tão nem aí. Pro homem é mais fácil, pra mulher é mais difícil ela revelar a verdadeira identidade dela. Mas pra mim não existe isso, eu sempre revelei minha verdadeira identidade.

Nas conversas de corredor com as usuárias das salas e nas entrevistas gravadas, observei lacunas sobre a convivência com os filhos durante o “período da ativa”, apesar da densidade da temática da maternidade nas entrevistas. Os silenciamentos referentes aos detalhes do cotidiano – sobretudo com as crianças – foram um dado acentuado nas partilhas das mulheres, em grupos de ajuda mútua.¹⁴ Em um ritual que enfatiza o desvio e o situa no passado (estratégia discursiva necessária à narrativa de transformação), as partilhas das mulheres objetivam apenas o futuro, invisibilizando o passado e as dores do presente.

A narrativa da parcela masculina dos sujeitos em tratamento não apresentou tal particularidade – a eliminação da memória¹⁵ do passado, como ocorre com as mulheres. Para elas, o passado é mais difícil de ser revisitado – e, portanto, de ser reconstruído – no contexto coletivo da partilha.

A temporalidade passado/presente é um dos eixos do inventário moral na proposta de futuro preconizada na cartilha de Doze Passos de AA. O modo frequente pelo qual as mulheres jogam o jogo da partilha é entendido como “autocomiseração”, posto que elas não cumprem o ritual como o previsto. Nas falas dos entrevistados, e sobretudo nos rituais da partilha masculina, seu comportamento sexualmente promíscuo, bem como suas ausências diante das responsabilidades

14. Em 2017, quando retomei o campo nas salas, houve um aumento no número de mulheres e, junto dele, dos silêncios sobre temas do cotidiano, acentuados no contraste com as partilhas masculinas.

15. Como um discurso que no presente reconstrói o passado.

inscritas na parentalidade, aparecem como parte de um “caminho errado”, “do tempo das insanidades”, representando, portanto, signos do passado. Afirmar ações transgressoras na dinâmica da partilha significa apontar o erro e desafiar-se a si mesmo, como capaz de distanciar-se do ato “compulsivo” ou “insano”. Trata-se de uma ação viril, que subjaz ao cumprimento dos mandamentos dos Doze Passos. Uma análise simbólica deste método indica que há nele um suposto ritual em que “para virar a página é preciso antes escrevê-la”.¹⁶

Minha hipótese, a ser ainda investigada com mais profundidade, sugere que, para uma cultura, como a moderna, na qual a maternidade dádiosa é um aspecto essencializado e fundante da identidade feminina (Costa, 1983), a subjetividade da mãe sob uso intensivo de álcool e outras drogas é afetada de modo dramático, e acaba por comprometer sua habilidade de incorporar o modelo terapêutico proposto. Neste sentido, defendo que um rito que supõe a explicitação pública de transgressões, para pessoas muitas vezes desconhecidas – típico do testemunho cristão atualizado na partilha dos grupos de Doze Passos –, parece operar com mais eficácia entre aqueles, homens e mulheres, dispostos a aderir ao jogo viril e destemido, sendo esta disposição um condicionante da gramática ritual da partilha.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reescrita do eu, proposta na partilha e necessária à eficácia do tratamento, relaciona-se ao que os interlocutores de pesquisa percebem como “dificuldade das mulheres”. Tal modo de situar a questão deve ser compreendido, sobretudo, a partir da dimensão simbólica da maternidade e do estigma da “má mãe”. A suposta postura de autocomiseração, exercida pelas mulheres, repõe percepções de gênero relativas à passividade feminina: ao recusar jogar o jogo viril da partilha,¹⁷ a mulher exerceria uma postura “passiva”.

A percepção das mães interlocutoras, diante do próprio comportamento na fase da “ativa”, difere da de mães portadoras de outras doenças. Estas, a depender do estágio, consideram-se e são consideradas impedidas de exercer devidamente os cuidados com as crianças (Knauth, 1997). O uso intensivo de drogas, mesmo quando visto como uma doença, não tem o efeito de desresponsabilizar as mulheres pelo comportamento indesejado perante os filhos. Nesse caso, a dependência química, diversa de outras doenças, não atenua o julgamento diante do tempo não dedicado à função materna.

16. Trecho retirado do vídeo “Relações humanas no mundo contemporâneo: testemunho como chave ética”, de Marcio Seligmann-Silva. Disponível em: <<http://www.institutocpfl.org.br/play/relacoes-humanas-no-mundo-contemporaneo-testemunho-como-chave-etica-com-marcio-seligmann/>>.

17. Para uma história do testemunho como parte do mundo masculino, ver o vídeo de Marcio Seligmann-Silva, disponível em: <<http://www.institutocpfl.org.br/play/relacoes-humanas-no-mundo-contemporaneo-testemunho-como-chave-etica-com-marcio-seligmann/>>.

Grande parte da população feminina que faz uso problemático de álcool e outras drogas encontra-se em faixa etária reprodutiva, algo classificado pelos agentes de saúde como “comportamento de risco” para a gestação. Do ponto de vista médico, a gravidez é desaconselhada. Sob a ótica jurídica, a função materna nesses casos pode ser deslocada para outro membro da família, ou mesmo para uma instituição pública. Do ponto de vista do tratamento em tela, por sua vez, a questão não recebe um direcionamento específico. Ou seja, na ordem do discurso, assumir responsabilidades familiares é obrigação moral do homem e da mulher.

Ao estigma da condição nomeada “dependente química” soma-se o de ser uma má mãe (Haritavorn, 2016). A mãe adicta provoca um impacto social decorrente de dois tabus superpostos: o abuso de drogas e a “má mãe”. O primeiro contraria postulados da razão, e o segundo contraria supostos atributos de uma essência dadivosa sacralizada, qualificativa do feminino, esteio protetor do núcleo familiar.

Por um lado, se a maternidade é um atributo positivo da mulher, por outro, ser mãe usuária intensiva de drogas a carrega para o oposto da condição feminina essencializada. Esta condição, por ser culturalmente inaceitável, impõe-se negativamente à habilidade da mulher de elaborar um repertório de si, que a conduza a uma reescrita do eu.

REFERÊNCIAS

- BABOR, T. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência do álcool e das drogas. In: EDWARDS, G.; LADER, M. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de *crack* e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT, 2014.
- BERRIDGE, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: EDWARDS, G.; LADER, M. (Org.). **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BOURGOIS, P. **In search of respect**: selling crack in el barrio. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 1996.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.
- DUARTE, L. F. D. Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação. In: DUARTE, L. F. D. *et al.* (Org.). **Família e religião**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.
- DULLO, E.; DUARTE, L. F. D. Dossiê “testemunho”. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 12-18, 2016.

FERREIRA, C. B. de C. La emergencia de la adicción sexual, sus apropiaciones y relaciones con la producción de campos profesionales. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 284-318, 2013.

FOWLER, C. *et al.* New understandings of mothering: mothers in an abstinence-based drug treatment program. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 13, n. 2, p. 173-184, 2015.

FRASER, S. O futuro da “dependência”: crítica e composição. **Platô: Drogas e Política**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2017.

GALERA, S.; ROLDÁN, M.; O'BRIEN, B. Mulheres vivendo em contexto de drogas (e violência): papel maternal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 1.142-1.147, 2005.

HARITAVORN, N. I am just a “maae” (mother): experiences of mothers injecting drugs in Thailand. **Sociology of Health and Illness**, v. 38, n. 7, p. 1.167-1.179, 2016.

KNAUTH, D. **Maternidade sob o signo da aids**: um estudo sobre mulheres infectadas. São Paulo: Editora 34; Fundação Carlos Chagas, 1997.

LEON, G. de. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

LEVINE, H. G. The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 39, n.1, p. 493-506, 1978.

MELO, R. V. Crack, família e doença na lógica da ajuda mútua. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. 1. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga; Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

_____. “Tamo junto” – mediações leigas na ajuda mútua entre “adictos”. In: TEIXEIRA, C.; VALLE, C. G.; NEVES, R. (Org.). **Saúde, mediação e mediadores**. Brasília: ABA Publicações, 2017.

_____. “Do meu jeito não funciona”: a ajuda mútua entre adictos. In: NEVES, E.; LONGHI, M.; FRANCH, M. (Org.). **Antropologia da saúde**: ensaios em políticas da vida e cidadania. João Pessoa: Mídia Gráfica, 2018.

RAIKHEL, E.; GARRIOTT, W. **Addiction trajectories**: tracing new paths in the anthropology of addiction. North Carolina: Duke University Press, 2013.

ROBERTSON, N. **Getting better**: inside alcoholics anonymous. Indiana: iUniverse, 1988.

ROHDEN, F. Mulher cuidadora, homem arredo: diferenças de gênero na promoção da saúde masculina/2013. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 125-150, 2014.

ROOM, R. Sociological aspects of the disease concept of alcoholism. *In*: SMART, R. G. *et al.* (Ed.). **Research advances in alcohol and drug problems**. New York and London: Plenum, 1983. p. 47-91.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALBUQUERQUE, J. A. G. Ordem social e desordem mental. *In*: FIGUEIRA, S. (Org.). **Sociedade e doença mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

CALÁBRIA, O. Dependência química e liberdade: a filosofia e o tratamento da co-dependência. **Interações: Cultura e Comunidade**, Minas Gerais, v. 2, n. 2, p. 65-79, 2007.

DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

FIGUEIRA, S. A. O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. *In*: FIGUEIRA, S. A. (Org.). **Uma nova família?** O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

GIDDENS, A. O significado sociológico da co-dependência. *In*: _____. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Unesp, 1991.

LEVINE, H. G. Temperance cultures: alcohol as a problem in Nordic and English-speaking cultures. *In*: MALCOM, L., EDWARDS, G.; DRUMMON, D. C. (Ed.). **The nature of alcohol and drug-related problems**. New York: Oxford University Press, 1993. p. 16-36.

ROOM, R. **The cultural framing of addiction**. Pittsburgh: Trivium Publications, 2003. Disponível em: <<http://www.janushead.org/6-2/room.pdf>>.

SCHRAGER, C. D. Questioning the promise of self-help: a reading of Women who love too much. **Feminist Studies**, Maryland, v. 1, n. 19, p. 177-192, 1993.

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 consequentemente 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.

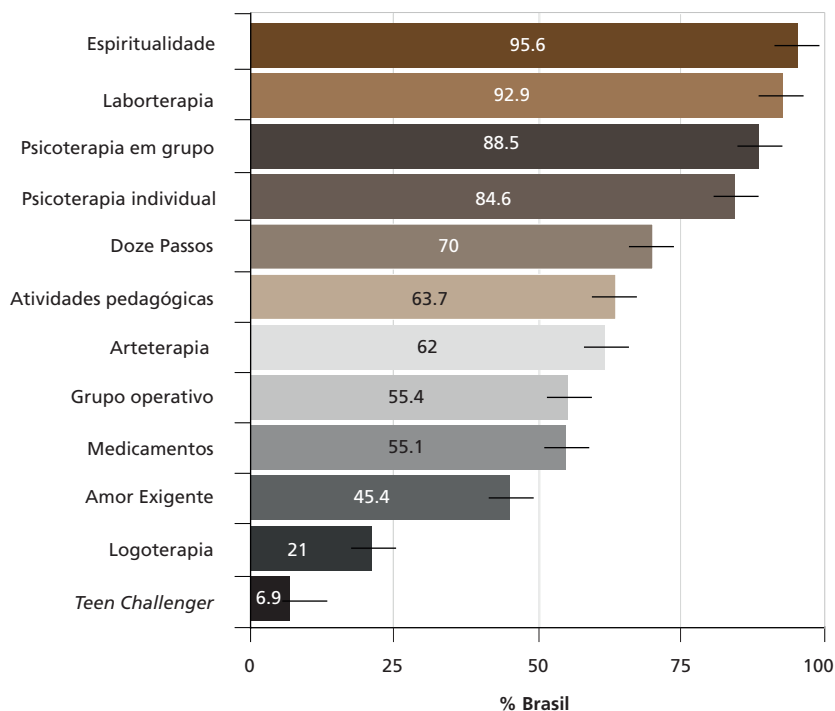
Assim, apesar das expectativas iniciais de variabilidade nas metodologias de tratamento, dadas as condições de partida favoráveis à heterogeneidade, constatou-se que quase a totalidade das CTs segue um esquema terapêutico semelhante, baseado nos mesmos métodos e atividades cotidianas (isomorfismo). Em 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%, (FEBRACKT). 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.

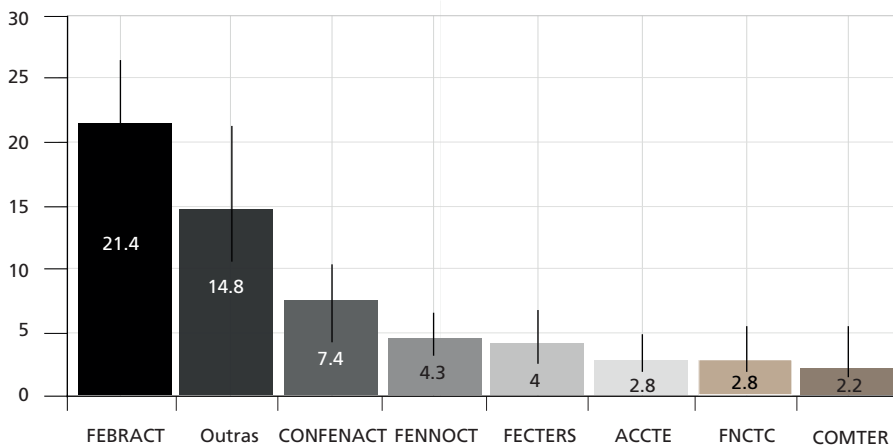
Esse elemento, entretanto, não deveria ser precipitadamente descartado, pois, para além das articulações em nível estadual e regional, as entidades associativas do campo das CTs têm demonstrado capacidade de articulação nacional e internacional. Em nível nacional, merece destaque a atuação da CONFENACT, 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 (FEBRACKT)

11. Célio Barbosa, da FENNOCT; Rolf Hartmann e Egon Schlüter, da Cruz Azul do Brasil; padre Haroldo Rahm e Juliano Marfim, da FEBRACKT; 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	100
% das CTs	20		29		30		10		6		5		
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	Total
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 1,8
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 1,3
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 1,1
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 3,0
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 5,2
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 2,3
Média de todos os tipos de trabalhadores por CT¹	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 24,5

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”. Disponíveis 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

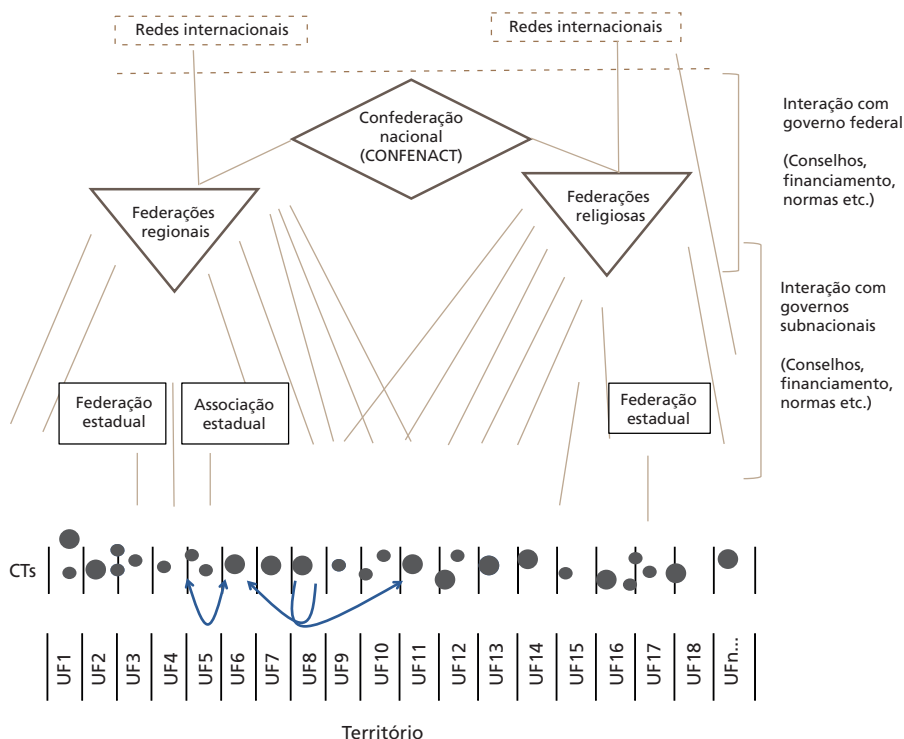
profissional próprio ao campo das CTs. Boa parte desses esforços é liderada pelas entidades associativas, por meio da oferta de capacitação em escala ampliada e da difusão e circulação de materiais (livros, apostilas etc.) voltados ao trabalho nas CTs, a partir de um mercado editorial próprio. Esses 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.

FIGURA 1

Articulações entre CTs do plano local ao internacional



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 manifiestan 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	
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

Tal como visto em estudos anteriores, a história da fundação e do estabelecimento de várias CTs tem ligação com histórias de vida de diversas

peças 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. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008.

FRENTE PARLAMENTAR EM DEFESA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Marcello Doudement
Vinnie Nasser Mesquita da Conceição

1 INTRODUÇÃO

As comunidades terapêuticas (CTs) apresentam-se como um dos principais atores quando o assunto é atenção ao usuário problemático de substâncias psicoativas (SPAs). Segundo Machado (2006, p. 45), esse tipo de instituição terapêutica começou a surgir no Brasil na década de 1970, porém recente *Nota Técnica* (Ipea, 2017) já identificou algumas unidades que têm data de fundação na década de 1960.¹ Sua expansão ocorreu, principalmente, durante a década de 1990, e tem como possíveis explicações o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas e, ainda, a lacuna deixada pelo Estado no que se refere à atenção ao usuário de drogas (Machado, 2006, p. 45; Alves, 2009).

Além de estarem espalhadas por todo o território nacional, apresentando uma capilaridade pouco encontrada em outras instituições que compartilham os mesmos objetivos,² as CTs conseguiram, e conseguem cada vez mais, estabelecer um nível de contato com o poder público bastante considerável.

Observando-se todo o histórico de contato entre as CTs e o Estado, é possível notar uma aparente prevalência do Poder Executivo federal na condução dessa relação. Nos últimos anos, porém, na agenda de interesse das CTs, tem ganhado força também outra esfera do governo: o Poder Legislativo federal.

A presença de frentes parlamentares em defesa das comunidades terapêuticas (FPCTs) nas últimas duas legislaturas (54^a e 55^a) chama a atenção para o fato de as comunidades também estarem preocupadas em defender seus interesses não só por meio do Executivo mas também pelo trabalho de parlamentares na Câmara e no Senado federais.

1. A CT Serviço Missionário do Amazonas – Recanto da Paz indicou sua data de criação no ano de 1966, por exemplo.

2. Ipea (2017) trabalhou com uma base de dados de 2009, que indicou a existência de aproximadamente 2 mil CTs. Para efeito de comparação, de acordo com o relatório *Saúde Mental em Dados* (Brasil, 2015), em 2009, existiam 1.467 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, sendo apenas 223 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e nenhum Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad III).

A partir dessas considerações, este capítulo busca investigar, em caráter ainda exploratório, quais são os principais atores políticos da FPCTs, quais são seus principais objetivos e como a frente tem trabalhado para alcançar essas metas. Para isso, realizou-se uma entrevista semiestruturada com o presidente da frente, deputado Eros Biondini, e também com sua assessoria parlamentar. Ademais, analisaram-se documentos e arquivos disponibilizados pelo *site* da Câmara dos Deputados,³ além de pesquisa bibliográfica básica sobre frentes parlamentares (FPs) e CTs.

O texto está estruturado do seguinte modo: primeiramente, realiza-se um histórico sobre a relação das CTs com o Estado brasileiro. Em seguida, faz-se uma revisão bibliográfica sobre as FPs e suas características institucionais. Por fim, aborda-se a Frente Parlamentar de Defesa das Comunidades Terapêuticas e APAC.⁴ Analisam-se suas características gerais, principais atores e modos de atuação na defesa dos interesses das CTs, com destaque para sua principal conquista até então: o Projeto de Lei (PL) nº 7.663/2010.

2 CTs E SUA RELAÇÃO COM O PODER PÚBLICO

O alto grau de interação entre as CTs e o poder público, citado na introdução do capítulo, foi sendo construído por uma série de fatos ao longo da história do enfrentamento às drogas ilícitas e seu uso. Tendo como foco de observação apenas o governo federal,⁵ observa-se que as CTs iniciaram sua relação com o Estado a partir de instituições localizadas dentro do Poder Executivo, especialmente com o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN).

Segundo Machado (2006, p. 46), federações de CTs, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB),⁶ receberam apoio do CONFEN para promoverem um certo grau de padronização no tratamento em CTs, atribuindo a esse modelo de atenção um caráter mais técnico-científico. De acordo com a referida autora, essa tentativa de profissionalização permitiu que as comunidades pudessem dar um passo importante para sua consolidação no mercado de reabilitação de adictos: a reivindicação de financiamento público (Machado, 2006, p. 47).

Como uma das principais implicações da participação do Brasil na XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, em 1998, o governo brasileiro

3. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/>>.

4. A FP de representação das CTs também engloba as Associações de Proteção e Assistência a Condenados (APACs). São entidades civis de direito privado, com personalidade jurídica própria, dedicadas à recuperação e reintegração social dos condenados a penas privativas de liberdade. Neste artigo, devido aos objetivos acadêmicos assumidos, trataremos a frente sob a perspectiva das CTs.

5. A prática de financiamento público de CTs nos estados e municípios também se mostra presente, conforme Ipea (2017).

6. A FEBRACT foi fundada em outubro de 1990, e a FETEB foi criada em 1994.

iniciou o processo de construção de uma política nacional sobre drogas. O CONFEN foi extinto e substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criou-se a então Secretaria Nacional Antidrogas (Senad),⁷ que conduziu o processo de formulação da política sobre drogas por meio da mobilização de diversos setores do Estado e também da sociedade civil.

Em relação à temática “tratamento”, a Senad apresentou grande preocupação em aprimorar o serviço de assistência prestado pelas CTs. Em 2001, por intermédio de sua articulação política com vários grupos de interesse, ela foi uma importante parceira da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na formulação e implementação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, que regulamentava as exigências mínimas de funcionamento das CTs (Machado, 2006, p. 51). Essa resolução foi substituída, em 2011, pela RDC nº 29, que trouxe um conjunto de medidas que deram mais flexibilidade ao funcionamento das CTs.

A regulamentação das CTs, iniciada em 2001 e revisada pela RDC nº 29/2011 da Anvisa, pavimentou o caminho dessas instituições rumo ao financiamento público federal, o que veio a ocorrer em 2012, com o lançamento do programa Crack, É Possível Vencer.⁸

Uma das frentes de atuação desse plano se refere ao cuidado a pessoas que fazem uso problemático de SPAs. Além dos outros dispositivos de atenção, ficou estabelecido que as CTs de todo o país recebessem financiamento governamental, mediante seleção, com recursos oriundos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), gerido pela Senad.

Os últimos anos também trouxeram acontecimentos importantes para as CTs. Em 2015, o CONAD aprovou uma resolução que regulamentava as CTs. Trata-se da Resolução nº 1/2015, do CONAD, que ficou conhecida como o marco regulatório das CTs. Ao final de 2016, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.482, que inclui as CTs na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Diante de todo esse histórico de relação entre as CTs e o Estado, desde o CONFEN até a inclusão das CTs no CNES, observa-se que a maior parte da literatura e das fontes pesquisadas indica que a atuação das CTs e seu processo de expansão desenvolveram-se quase que exclusivamente por meio do Poder Executivo.⁹ Seja por conselhos, secretarias ou até ministérios, nota-se o aparente predomínio do Executivo na canalização das demandas das CTs.

7. Em 2008, a Secretaria Nacional Antidrogas passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

8. O programa Crack, É Possível Vencer é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. De acordo com o site do Ministério da Justiça, foi previsto o montante de R\$ 4 bilhões para esse programa. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>.

9. Estudos que apontam interações significativas entre as CTs e os poderes Legislativo e Judiciário ainda não foram encontrados.

O estudo de Machado (2011), porém, identifica um fenômeno interessante em relação ao desenvolvimento destas entidades. A autora ressalta como a CT estudada por ela passou de um empreendimento moral a um empreendimento político. Isso chama a atenção para um possível movimento que as CTs adquiriram, na última década, no sentido de se mobilizarem politicamente, elegendo, inclusive, representantes no Congresso Nacional, para os quais a principal bandeira é a recuperação de adictos por meio dessas instituições.

Esse fato mostraria outra face da atuação das CTs. Se antes elas canalizavam seus esforços na interação com o Poder Executivo, agora estariam procurando agir também por meio do Poder Legislativo, por representantes alinhados ideologicamente com o modelo de atenção proposto por elas.

A hipótese levantada ganha ainda mais força com a existência de uma FP em defesa das CTs. Cabe ressaltar que isso não significa dizer que o contato com parlamentares é algo extremamente recente. Significa, com efeito, que vem ocorrendo um processo de intensificação relevante nesse aspecto, já que não se observa o nível de articulação política atingido atualmente pelas CTs quando se olha para as décadas finais do século passado.

3 FRENTE PARLAMENTARES

A principal forma de organização política e de representação formal nas democracias representativas é o partido político, que é responsável por agregar preferências, definir agendas e agrupar os candidatos a cargos eletivos. Além disso, os partidos, juntamente com as comissões permanentes, são as instituições que organizam a distribuição do poder no interior das casas legislativas.

Além dos partidos políticos, outra forma de organização coletiva dos parlamentares são as bancadas suprapartidárias, chamadas de frentes parlamentares. São organizações que unem parlamentares de diversos partidos em temas de interesse ou na defesa de bandeiras específicas. As bancadas estão presentes no parlamento brasileiro desde a redemocratização do país, ocorrida na segunda metade da década de 1980, a exemplo da Bancada Evangélica, cuja existência foi constatada já na Assembleia Nacional Constituinte, em 1986 (Freston, 1993).

As FPs atuaram durante muito tempo como bancadas informais. A regulamentação de seu funcionamento veio em 2005, por meio do Ato nº 69 da Mesa Diretora da Câmara dos Deputados. Esse dispositivo definiu que

para a criação de uma frente parlamentar é necessário 1/3 (198) de assinaturas dos membros do Congresso, sendo necessário também que a cada nova legislatura tais frentes sejam recriadas, ou seja, é necessário colher novas assinaturas (Doudement, 2015, p. 50).

E que,

de acordo com este ato, esse apoio é limitado à concessão de espaço físico para reunião, desde que não interfira no andamento dos trabalhos da Casa, não implique contratação de pessoal ou fornecimento de passagens aéreas (Inácio, 2007, p. 213).

O ato tinha o propósito de regulamentar e dar um caráter formal para a existência das FPs. Se o mínimo de um terço de assinaturas foi estabelecido para dificultar sua proliferação, seu propósito falhou, pois existe hoje um elevado número de frentes registradas na Câmara dos Deputados.

Uma das explicações para tal fenômeno atribui a proliferação de FPs à provável crise de representação nas democracias atuais. Segundo Miguel (2014, p. 98), “é possível detectar uma crise do sentimento de estar representado, que compromete os laços que idealmente deveriam ligar os eleitores a parlamentares, candidatos, partidos e, de forma mais genérica, aos poderes constitucionais”. O autor argumenta que existem três tipos de evidências para tal crise: “1) declínio do comparecimento eleitoral; 2) ampliação da desconfiança em relação às instituições, medida por *surveys*; 3) esvaziamento dos partidos políticos”. Esses três fatores têm afetado não só o Brasil mas todos os países democráticos do ocidente. Miguel (2014) não defende que a proliferação das FPs seja fruto da crise de representação, mas estamos fazendo essa ligação apenas como hipótese.¹⁰

No caso brasileiro, a crise de representação afetaria diretamente os partidos políticos. De acordo com o índice de confiança social (ICS),¹¹ criado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope, s.d.), das dezoito instituições pesquisadas,¹² os partidos políticos são os que menos detêm a confiança da sociedade, seguidos – do menos para o mais confiante – do Congresso Nacional, do presidente da República, do governo federal e das eleições (sistema eleitoral). Isso foi também percebido por Gimenes *et al.* (2016, p. 122), o qual afirma que, “desde 2014, o cenário político foi permeado por manifestações de rua que assumiram um caráter extremamente crítico a políticos e partidos”.

Outro índice que nos ajuda a entender a relação entre eleitores e partidos é o de identificação partidária (IP). No Brasil, este índice vem caindo desde a redemocratização. “As taxas de identificação partidária (...) tiveram uma média de 46% durante o período 1989-2002” (Braga e Pimentel Jr., 2011, p. 272). A partir de 2002, o Estudo Eleitoral

10. Infelizmente não encontramos dados que comprovem que as FPs se “beneficiam” da crise de representação, o que a torna apenas uma hipótese não verificada.

11. Esse índice se propõe a medir o quanto os brasileiros confiam em algumas instituições sociopolíticas.

12. O *survey* pede que o cidadão atribua notas de zero a cem sobre o quanto ele confia naquela instituição, sendo o primeiro baixa confiança e o último alta confiança. Em ordem decrescente: corpo de bombeiros (81), igrejas (71), Forças Armadas (63), meios de comunicação (59), escolas públicas (57), empresas (53), organizações da sociedade civil (53), polícia (50), bancos (49), Poder Judiciário/justiça (46), sindicatos (41), sistema público de saúde (34), governo da cidade onde mora (33), eleições/sistema eleitoral (33), governo federal (30), presidente da República (22), Congresso Nacional (22) e partidos políticos (17).

Brasileiro (ESEB) vem medindo esse índice por meio de *surveys* a cada eleição federal. Em 2002, 2006, 2010 e 2014, os resultados foram, respectivamente, 39%, 28%, 39,2% e 26,2%¹³ (Veiga, 2011; Gimenes *et al.*, 2016). Essas taxas aproximam o Brasil de outras democracias consolidadas, como Grã-Bretanha, Dinamarca, Suécia, Alemanha, Japão, Bélgica, Holanda, entre outros países (Braga e Pimentel Junior, 2011). Em suma, a tendência da IP é decrescente. A confiança, a identificação partidária e a representatividade dos partidos brasileiros vêm diminuindo gradualmente.

Dado esse *status quo*, a literatura nos informa que as FPs ajudam a aproximar o eleitor e o parlamentar, em especial os deputados federais. Elas, frequentemente, servem para preencher o espaço vazio na representação, deixado pelos partidos. Silva (2014) argumenta que os partidos têm o seu comportamento dependente das ações do Executivo, sendo formado basicamente por duas coalizões partidárias – a governista e a oposição. Desse modo, ao seguirem a orientação do líder partidário,¹⁴ os parlamentares podem, muitas vezes, desagradar seu eleitorado. Consequentemente, isso prejudica a representatividade dos partidos e dos parlamentares individualmente. Além disso, existem muitas pautas e temas para as quais o eleitorado demanda soluções que não encontram viabilidade direta (ou indireta) nos partidos. Por causa desses fatores, as FPs surgem para preencher esse vazio, ou seja, dar voz a bandeiras que não encontram espaço nos partidos e representar setores específicos do eleitorado. O caso das CTs pode ilustrar esse fato. Por não encontrarem representação direta em nenhum partido, foi criada uma FP para representar as demandas desse setor específico da sociedade.

Além da representatividade, Araújo, Testa e Silva (2015, p. 3) chamam a atenção para uma possível mudança da estruturação da atividade legislativa, devido a um determinado tema na pauta de discussão.

Quando determinados temas estão em pauta, ganham espaço outras formas de estruturação da atividade legislativa, que se mostram como caminhos alternativos para a atuação parlamentar e a representação das demandas sociais, sem que se anulem os vínculos com o sistema partidário. Entram em cena as frentes parlamentares temáticas e as bancadas temáticas informais.

As FPs “diminuem os custos transacionais para aqueles cidadãos que querem acompanhar temas específicos, facilitando, assim, a comunicação entre parlamento e cidadãos” (Doudement, 2015, p. 49). Vale ressaltar, ainda, que as FPs não ameaçam o sistema partidário e não estão em competição com ele, mas constituem outra forma de organização coletiva parlamentar e se apresentam como caminho alternativo para encaminhar demandas sociais no parlamento.

13. O Partido dos Trabalhadores (PT) tem muito peso na medição das taxas, e, portanto, suas variações estão diretamente relacionadas com as oscilações da identificação do partido com seus eleitores.

14. Devemos levar em conta que os partidos brasileiros são altamente disciplinados (Figueiredo e Limongi, 2001).

4 A FP EM DEFESA DAS CTs E DA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA A CONDENADO

A primeira FP voltada à defesa das CTs foi criada em 2011, pelo deputado Eros Biondini, como Frente Parlamentar Mista em Defesa das CTs. Como o próprio nome diz, tratava-se de uma frente composta por deputados e senadores.¹⁵ Sua constituição se deu em um momento muito importante para as CTs, pois em junho de 2011, como já mencionado, fora aprovada a RDC nº 29/2011, da Anvisa, que regulamentou as condições mínimas de funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPAs. Essa resolução permitiu a essas entidades obterem financiamento público federal, algo que veio a ocorrer em 2012 com o programa Crack, É Possível Vencer. A Frente Parlamentar Mista em Defesa das CTs foi criada em 20 de abril de 2011, ou seja, cerca de dois meses antes da publicação da referida resolução. Se há alguma relação entre a criação da frente e a resolução da Anvisa, somente uma pesquisa mais aprofundada poderá confirmar. Porém, não é difícil imaginar um cenário de *lobby* ou pressão política no contexto abordado.

Já a atual FPCT foi criada em 15 de abril de 2015, pelo mesmo deputado, Eros Biondini, então filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), de Minas Gerais, o qual a preside. Como dito anteriormente, as frentes são compostas de congressistas de vários partidos políticos, e esse é também o caso da atual FPCT. Todos os nove membros de sua Mesa Diretora são de partidos diferentes, como é possível notar no quadro a seguir. Além disso, entre os que apoiaram a sua fundação estão dois deputados do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e três do Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Ou seja, essa frente conta inclusive com membros de partidos de esquerda – que contam com outros membros contrários ao modelo de atenção adotado pelas CTs.¹⁶ No total, constata-se a presença de 24 siglas na composição oficial da FPCT-APAC.

Além disso, vale ressaltar a relação entre os membros dessa frente com outras frentes que defendem pautas parecidas. A bancada evangélica, por exemplo, tem como uma das bandeiras políticas a defesa da não legalização das drogas, ou seja, interesse comum à FPCT. O que pudemos observar é que 12,5%¹⁷ da FPCT tem entre seus membros deputados que também participam da bancada evangélica. Um outro fenômeno interessante a ser observado é a quantidade de membros da FPCT que fazem parte, por exemplo, da FP em defesa da reforma psiquiátrica e da luta

15. A Frente Parlamentar Mista em Defesa das CTs era composta por 184 deputados e 23 senadores.

16. O Ato da Mesa da Câmara dos Deputados nº 69/2005 estabelece que a criação de uma FP deve conter, no mínimo, o apoio de um terço dos membros do Poder Legislativo federal. Isso faz com que seja necessário um grande número de assinaturas de parlamentares que não estão necessariamente engajados com o tema. Isso pode explicar o porquê de uma quantidade tão grande de partidos políticos representados na frente. Ou seja, o fato de o parlamentar assinar a criação da FP não significa que ele é um membro ativo ou preocupado com a temática da frente.

17. Ou seja, 25 deputados do total de 199 também são membros da bancada evangélica.

antimanicomial. Cerca de 40,7%¹⁸ dos membros da FPCT (inclusive o próprio Eros Biondini) são membros da frente pela reforma psiquiátrica.¹⁹ Esse último dado parece curioso e incongruente – uma vez que as duas frentes defendem modelos diversos de tratamento aos usuários problemáticos de SPAs²⁰ –, porém devemos sempre ter em mente que o termo “membro” se refere a todos os deputados que deram sua assinatura para a criação de uma determinada frente. É muito comum que deputados assinem a criação de uma frente e depois nunca participem de seus trabalhos. Além disso, dado que o número mínimo de assinaturas para a criação de uma FP é alto (198), e que existem muitas FPs, é muito provável que um deputado esteja em diversas listas. Isso, porém, não diminui o caráter de incongruência de determinados deputados, que assinam para a criação de duas frentes, que por sua vez defendem bandeiras diferentes e, por vezes, opostas, como é o caso aqui.

QUADRO 1
Diretoria da FPCT

Função na FP	Parlamentar	Partido/Unidade da Federação
Presidente	Deputado Eros Biondini ¹	PTB/Minas Gerais
1ª vice	Deputado Carimbão	Partido Republicano da Ordem Social (PROS)/Alagoas
2ª vice	Deputada Cristiane Yared	Partido Trabalhista Nacional (PTN)/Paraná
3ª vice	Deputado Marcelo Aro	Partido Humanista Nacional (PHN)/Minas Gerais
1ª secretário	Deputado Laudívio Carvalho	Movimento Democrático Brasileiro (MDB)/Minas Gerais
2ª secretário	Deputado Flavinho	Partido Socialista Brasileiro (PSB)/São Paulo
3ª secretário	Deputado Subtenente Gonzaga	Partido Democrático Trabalhista (PDT)/Minas Gerais
1ª tesoureira	Deputada Iracema Portela	Partido Progressista (PP)/Piauí
2ª tesoureiro	Deputado Giacobbo	Partido da República (PR)/Paraná

Fonte: Documento de fundação da FPCT e das APACs. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/deputado/Frente_Parlamentar/53527-integra.pdf>.

Nota: ¹ Quando a FPCT e APACs foram criadas, o deputado Biondini pertencia ao PTB de Minas Gerais. Atualmente, porém, é filiado ao PROS de Minas Gerais.

Entre os nomes apresentados para a diretoria da frente, pode-se destacar, primeiramente, o deputado Eros Biondini. Com uma carreira política inteiramente ligada a seu trabalho religioso junto a dependentes de drogas, Biondini notabilizou-se por levantar a bandeira das CTs e da importância desse tipo de instituição na recuperação de pessoas com uso problemático de SPAs.

Quando eu cheguei à Câmara dos Deputados, na legislatura passada, um dos primeiros e principais objetivos era poder trazer para a Casa a minha experiência junto às CTs. Até porque, 26 anos atrás, eu também fui uma pessoa que teve contato, fui usuário de

18. Ou seja, 81 membros da FPCT de um total de 199.

19. A reforma psiquiátrica foi instituída pela Lei nº 10.216/2001.

20. Ver o capítulo 1 desta publicação.

drogas. A partir daí, (...) eu comecei a atuar intensamente na recuperação de jovens dependentes químicos no Brasil e fora do Brasil (depoimento colhido do deputado Eros Biondini, em 22 de março de 2017, pelos entrevistadores Maria Paula Gomes dos Santos, Roberto Pires, Marcello Doudement e Vinnie Nasser M. da Conceição – anexo IV, Câmara dos Deputados, Brasília/Distrito Federal).

Logo em seu primeiro mandato de deputado federal, Biondini criou a FPCT- APAC. Ao fazer isso, o parlamentar automaticamente associou seu nome ao tema político que lhe interessava. O eleitor simpático ao trabalho das CTs passou a ter um canal político no Congresso Nacional. Como relatam Araújo, Testa e Silva (2015), é comum que deputados tomem a iniciativa de criar FPs para poderem se diferenciar dos demais e, assim, ter uma posição de destaque. Ou seja, ser presidente de um uma frente lhe dá maior visibilidade e real possibilidade de se tornar um *agenda holder* (Silva e Araújo, 2013).²¹

Outro nome que merece destaque dentro do grupo diretor da FPCT é o do deputado Givaldo Carimbão, do PROS de Alagoas. Comerciante e católico, Carimbão foi três vezes eleito vereador em Maceió, antes de se tornar deputado federal. Na composição da FP, o deputado ocupa o posto de primeiro vice-presidente. Sua trajetória política é marcada pelo envolvimento com a temática de drogas, desde Maceió, tornando-se um ator importante na dinâmica legislativa relativa ao assunto, como veremos no decorrer da análise do PL nº 7.663/2010, de proposição de outro ator político relevante: o então deputado federal Osmar Terra, do MDB do Rio Grande do Sul.

Osmar Terra, que é membro da FPCT, construiu sua trajetória política no Rio Grande do Sul, onde nasceu. Foi prefeito de Santa Rosa e secretário estadual de saúde, antes de iniciar sua carreira na Câmara dos Deputados. Como deputado federal, foi responsável pela autoria do PL que visa criar uma nova política de drogas no Brasil. Entre 2016 e 2018, Osmar Terra ocupou o cargo de ministro do Desenvolvimento Social e Agrário. Observando as principais proposições legislativas relacionadas às CTs, nota-se que Terra também pode ser considerado um ator relevante no campo das CTs. Ao ocupar um cargo de primeiro escalão dentro do Poder Executivo, Osmar Terra tinha um poder regulamentar que não teria como deputado. Isso evidencia uma conquista da FP. Ter um membro comprometido com seus interesses, dentro de um ministério, abre uma série de portas de diálogo com o Executivo, além de vantagens consideráveis no processo decisório de políticas públicas na área. Nessa mesma linha, disse o deputado Biondini em entrevista:

21. Segundo Silva e Araújo (2013), pode-se considerar um *agenda holder* aquele parlamentar que centraliza as articulações políticas em relação a algum tema específico. Ao se tornar um especialista no assunto, ele passa a coordenar a dinâmica política daquele tema por meio de relações com parlamentares, com o Poder Executivo ou com representantes da sociedade civil organizada.

o ministro Osmar Terra, por exemplo, deputado federal, participante também da Frente. Quando uma pessoa dessa ascende ao cargo de ministro, leva também essa experiência e essa defesa. Então isso é importante. Eles [ministros] estão em um lugar privilegiado. Enquanto nós [parlamentares] vamos ficar seis anos, ou mais, para aprovar uma lei para permitir o governo celebrar um convênio, se eu estou no ministério, com a caneta e com o recurso, eu posso fazer isso amanhã (Biondini, 22 de março de 2017, em entrevista aos autores).

4.1 Os principais objetivos da FP

Segundo o art. 2º do documento fundador da atual FPCT-APAC, suas principais finalidades são as seguintes.

- I) Os programas e as políticas públicas governamentais em relação à questão de drogas, assistência aos usuários e recuperação dos dependentes privados de liberdade, manifestando-se quanto aos aspectos mais importantes de sua aplicabilidade e execução no apoio às comunidades terapêuticas, acolhedoras e APACs.
- II) Promover o intercâmbio com entes assemelhados de parlamentos de outros países, visando ao aperfeiçoamento recíproco das respectivas políticas e da sua atuação.
- III) Procurar, de modo contínuo, a inovação da legislação necessária à promoção de políticas públicas, sociais e econômicas eficazes, influenciando no processo legislativo a partir das comissões temáticas existentes nas Casas do Congresso Nacional, segundo seus objetivos, combinados com os propósitos de apoio às comunidades terapêuticas, acolhedoras e APACs.

Observa-se que, em seu documento de fundação, a FP estabelece três eixos importantes de atuação política. O primeiro (inciso I) diz respeito ao acompanhamento e à manifestação sobre programas e políticas públicas – implementados pelo Poder Executivo – em relação à recuperação de usuários problemáticos de SPAs. Ao se levar em consideração que os principais programas desenvolvidos pelo governo federal nos últimos anos se deram por meio de financiamento de vagas em CTs, pode-se levantar a hipótese de que uma das preocupações primárias da Frente seria a garantia de recursos financeiros via repasses do Estado.

De fato, alguns elementos encontrados ao longo da pesquisa parecem indicar a ratificação dessa hipótese. Na entrevista realizada com o deputado Biondini, a obtenção de recursos para as CTs revelou-se como uma das pautas prioritárias da frente.

Atuar junto ao Executivo para o convencimento de que investir na recuperação é infinitamente mais eficaz e barato do que investir no sistema prisional comum; e legislar projetos de lei que beneficiem convênios. Por exemplo, eu tenho um projeto de lei que permite o governo celebrar convênios com as instituições CTs (Biondini, 22 de março de 2017, em entrevista aos autores).

O PL citado por Biondini é o nº 1.598/2011,²² o qual busca flexibilizar a celebração de convênios entre o governo e as organizações de assistência social e saúde. Ademais, o deputado projeta o financiamento público federal de 100 mil vagas em CTs como um horizonte a ser perseguido pela frente.

O discurso do deputado Biondini parece ir ao encontro de uma das principais demandas dos dirigentes das CTs. Segundo dados obtidos por Ipea (2017), praticamente três de cada cinco dirigentes²³ apontaram o repasse de recursos ou financiamento como a principal forma de apoio que pode ser oferecida pelo poder público a essas entidades.

Além disso, verifica-se a existência de emendas orçamentárias²⁴ que também destinam verbas para CTs. Biondini, por exemplo, propôs a emenda orçamentária nº 27.590.003/2014, que indica o repasse de R\$ 1 milhão para o apoio a projetos de interesse do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) (que efetivamente seria destinado às comunidades). Também propôs outra emenda, que repassou R\$ 400 mil para uma CT em Minas Gerais (emenda nº 27.590.001/2014). Já o deputado Givaldo Carimbão apresentou uma emenda orçamentária, entre outras, com o valor de R\$ 5 milhões para a construção de oito unidades de acolhimento para usuários de drogas no estado de Alagoas.

Ou seja, a partir da justificativa de que “é muito mais barato para o Estado investir em CTs do que no sistema prisional comum” (Biondini, 22 de março de 2017, em entrevista aos autores), o repasse de recursos financeiros para essas instituições constitui-se como um dos principais objetivos traçados pela FP. Cabe destacar também uma terceira finalidade trazida pelo art. 2º, inciso III, do documento fundador da FPCT,²⁵ que diz respeito à produção legislativa da frente, que é a inovação legislativa afinada com os interesses e propósitos das CTs. A análise mais detida dessa finalidade revela uma outra preocupação da Frente – a busca pela manutenção da espiritualidade como forma de tratamento. Conforme Ipea (2017), o tratamento desenvolvido por essas comunidades baseia-se no tripé disciplina, laborterapia e espiritualidade.²⁶ Entre

22. O PL nº 1.598/2011 será discutido com um maior aprofundamento em outra seção deste texto.

23. De quinhentas respostas obtidas pelo *survey*, 298 (59,6%) apontaram o repasse de recursos como a principal forma de apoio por parte do poder público.

24. As emendas orçamentárias citadas estão disponíveis em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/loa/ob_loa_consulta_emendas>. Acesso em: 25 abr. 2017. Outras emendas indicam repasses para projetos de interesse do Sisnad, mas não deixam claro se são as CTs. A única que cita o destino em sua justificativa é a nº 27.590.003/2014, do deputado Biondini.

25. A segunda finalidade apontada pelo documento fundador da frente é a cooperação com parlamentos de outros países. Em nossa pesquisa, não encontramos indícios de que isso aconteça. O modelo de CT, porém, tem alcance global, não se restringindo somente ao Brasil.

26. Na pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*, o termo espiritualidade é usado com sentido mais amplo do que religiosidade, embora também a abarque. Espiritualidade representa uma série de atividades, leituras e momentos de reflexão que envolvam o espírito, a alma e a crença em poderes superiores.

os três pilares citados, o cultivo da espiritualidade é uma prática presente em 95,6% das comunidades pesquisadas, e um dos pontos mais contestados por opositores ao modelo das CTs.²⁷ Observa-se, por exemplo, o que diz o relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011, p. 190).

A maioria dessas práticas sociais (implementadas nas CTs) adota a opção por um credo, pela fé religiosa, como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, esta escolha conduz, inevitavelmente, à violação de um direito: a escolha de outro credo ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa. Na prática desses lugares, conforme nos foi relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras.

Diante de posicionamentos como esse, a Frente visa à inovação legislativa para garantir a legalidade dos métodos terapêuticos das CTs. Assim, o PL nº 1.377/2015, de autoria do deputado e professor Victório Galli (membro da Frente), propõe a autorização legal para que casas de recuperação, clínicas de tratamento de dependentes químicos e CTs possam falar sobre religião e desenvolver trabalhos religiosos junto aos pacientes em seus estabelecimentos.

No PL nº 8.016/2014 (Brasil, 2014), de autoria do deputado Eros Biondini, a religião, como forma de tratamento, também é defendida. Embora trate de internação em âmbito hospitalar, o projeto também enaltece a importância das atividades religiosas na recuperação de indivíduos que fazem uso problemático de SPAs, justificando que “não há como negar o forte impacto que a espiritualidade causa no tratamento de dependência de drogas, uma vez que o vínculo religioso facilita a recuperação e diminui os índices de recaída de pacientes submetidos a diversos tipos de tratamento” (Brasil, 2014).

Portanto, além do repasse de recursos financeiros, a manutenção da espiritualidade dentro da prática terapêutica de recuperação de usuários de drogas também se apresenta como uma preocupação tanto das CTs quanto da FP em seus trabalhos legislativos.

4.2 Formas de atuação da FP

A FPCT-APAC apresenta, basicamente, três formas de atuação política. Embora uma forma não esteja isolada da outra, já que a articulação política de grupos como uma FP é dinâmica e variada, é possível desmembrar essas ações e organizá-las em eixos estruturais. A primeira forma de atuação diz respeito ao contato dos parlamentares nela engajados com federações e confederações representativas das CTs. Segundo a

27. Outro argumento relevante levantado pelos opositores alega que o uso da espiritualidade realiza uma espécie de “tratamento moral”, que age de forma coercitiva e opressora sobre os acolhidos. Além disso, não é raro ouvir que o Estado brasileiro é laico, logo não poderia financiar instituições religiosas. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-e-religiosos-bons-negocios-9323.html>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

assessoria técnica do deputado Biondini, são frequentes as reuniões com a FEBRACT e com a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), como maneira de a FP identificar as principais demandas do grupo.

A segunda forma de atuação seria o contato com o Poder Executivo. Como foi exposto na primeira parte deste trabalho, grande parcela do contato estabelecido por essas organizações com o poder público foi historicamente canalizada por meio de instituições do Executivo. Considerando que, no presidencialismo de coalizão,²⁸ as barganhas entre parlamentares e o Executivo são parte do jogo, os integrantes da frente podem negociar medidas positivas para as CTs em troca de seu apoio às matérias de interesse do governo. Além disso, podem exercer pressão política em conselhos, como o CONAD, ou em secretarias ministeriais, a fim de obter, por exemplo, mais repasses financeiros e regulamentos favoráveis às CTs.

Por fim, a frente em defesa das CTs também procura atuar por intermédio de proposições legislativas. De acordo com Biondini, a frente é de caráter mais proativo, embora também seja reativa, à medida que algum assunto importante seja levantado na esfera pública e que contrarie os interesses da frente.

Quando o Supremo se manifesta, meio que tendencioso, de liberar as drogas. Quando também há um movimento na Casa [Câmara dos Deputados] de liberação ou apologia às drogas, (...) a frente atua quando precisa de esclarecimentos a essas ações e quando a apologia ao uso das drogas começa a ficar exacerbada.

Além disso, segundo a assessoria do deputado Eros Biondini, quando há debates e/ou discursos na Câmara dos Deputados que dizem respeito às CTs, membros da FP se mobilizam para intervir no debate e colocar os posicionamentos da Frente – o que mostra que esta sempre monitora os temas em discussão na Casa.

A pesquisa sobre os PLs²⁹ propostos por membros da frente revela que eles não são muitos, e que resultados significativos ainda não foram alcançados, com exceção do PL nº 7.663/2010.

4.3 O caso do PL nº 7.663/2010³⁰

Decidimos fazer um estudo de caso sobre o PL nº 7.663/2010, avaliando minuciosamente o processo de sua tramitação e procurando identificar como atuou a FPCT e se essa atuação foi relevante. O PL escolhido propõe alterações na Lei nº 11.343/2006, que atualmente rege a política de drogas.

28. Ver Abranches (1988).

29. Em nossa pesquisa, foram identificados oito PLs relacionados a instituições terapêuticas. São eles: PLs nºs 8.016/2014; 1.377/2015; 4.146/2012; 5.857/2009; 7.704/2010; 1.598/2011; 7.663/2010; e 3.462/2015.

30. O PL é de 2010. A publicação referida é de 2012.

O PL versa sobre muitas coisas: estabelece um método para a classificação das drogas; elabora princípios gerais para a criação da política de drogas; define que a política deve ser interdisciplinar, abrangendo profissionais de várias áreas, para que atuem na atenção à saúde integral dos usuários de drogas; dá nova configuração ao Sisnad, propondo novas regras para a sua composição; trata dos conselhos de políticas sobre drogas e sua composição; e cria o Sistema Nacional de Informação, com o objetivo de levantar dados e produzir informações que auxiliem a administração pública na execução da política de drogas. Além disso, o PL possui uma seção³¹ na qual o acolhimento em CTs, com seu tratamento baseado na abstinência, é reconhecido explicitamente. O projeto reconhece e garante que o tratamento deverá ser feito em “ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares” (Brasil, 2012). Desse modo, as CTs ganham amparo legal para prestar seus serviços, que de resto já são reconhecidos como legítimos pelo Estado.

O PL, de autoria do deputado Osmar Terra, do MDB do Rio Grande do Sul, foi apresentado ao plenário da Câmara em julho de 2010. A Mesa da Casa decidiu que o PL teria uma tramitação ordinária e que seguiria para a análise das seguintes comissões permanentes: Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado (CSPCCO), Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC) e Comissão de Finanças e Tributação (CFT).

Primeiramente, a matéria foi analisada na CSSF. A relatora do projeto foi a deputada Elcione Barbalho (MDB do Pará), signatária da FPCT. A relatoria de projetos é um cargo muito importante no processo legislativo, pois sua atribuição é elaborar um parecer sobre os PLs. Na verdade, os deputados não votam pela aprovação ou rejeição da lei, mas sim pela aprovação ou rejeição do parecer do relator. Este pode elaborar seu parecer rejeitando ou aprovando o projeto. Outra atribuição importante do relator é decidir se emendas vão ou não fazer parte do projeto – ou seja, caso haja apresentação de emendas pelos deputados, o relator pode aprová-las e incorporá-las ao texto ou rejeitá-las. Esse é um poder discricionário do relator.

A relatora elaborou seu parecer, tendo sido favorável ao projeto, e nenhuma emenda foi apresentada. A matéria só foi debatida no ano posterior, 2011. O projeto sofreu algumas tentativas de obstrução pelo pedido de vista do deputado Arnaldo Faria de Sá, do PTB de São Paulo, que também requereu sua retirada de pauta. A matéria foi deliberada no dia 15 de junho de 2011, e o parecer com emendas foi aprovado na comissão.³²

31. Ver Brasil (2012).

32. Votaram contra: Raimundo Gomes de Matos, Eduardo Barbosa, Chico D’Angelo, Dr. Jorge Silva, Padre João e Marcus Pestana. Abstenção dos deputados Saraiva Felipe e Amauri Teixeira e da deputada Jandira Feghali. Apresentou voto em separado o deputado César Colnago. Os três primeiros deputados são signatários da FPCT.

Sendo aprovada na CSSF, a matéria seguiu para a CSPCCO. O relator designado foi o deputado Ronaldo Fonseca (PR do Distrito Federal). Ele elaborou parecer favorável ao texto vindo da CSSF, mas com emendas. No dia 16 de novembro de 2011, o deputado Reginaldo Lopes (PT de São Paulo), signatário da FPCT, apresentou requerimento solicitando o envio do PL à comissão de trabalho, administração e serviço público. A Mesa deferiu o requerimento e, tendo em vista que a matéria seria então analisada por cinco comissões, decidiu-se pela criação de uma comissão especial para avaliá-lo.³³ Tal comissão foi criada em 9 de maio de 2012.

Existe grande vantagem quando um PL é apreciado por uma comissão especial, que tem a atribuição de avaliar mérito, constitucionalidade (atribuição da CCJC) e, caso a proposta implique gasto público, verificar se o projeto possui adequação financeira e orçamentária – o que dispensa sua submissão à CFT. Além disso, comissões especiais, assim como as comissões permanentes, podem ter poder terminativo, ou seja, projetos que nelas tramitam não precisam passar pelo plenário.³⁴ Desse modo, há um grande ganho quando um projeto passa por uma comissão especial, pois diminuem bastante as possibilidades de sua obstrução.

Na comissão especial, o relator designado foi o deputado Givaldo Carimbão (PSB de Alagoas), signatário da FPCT, que apresentou seu parecer, com substitutivo, no dia 28 de novembro de 2012, o qual foi favorável ao projeto, bem como a todos os apensados. Em seu parecer,³⁵ o deputado apresenta a importância das CTs para a recuperação de dependentes químicos, ressaltando que “é imperioso melhorar o nível de atenção que é oferecido a essas pessoas [dependentes químicos]”. Para conseguir melhorar tal atenção, segundo o relator, é necessário “i) articulação entre o atendimento governamental e os serviços oferecidos pelas comunidades terapêuticas acolhedoras; e ii) suporte financeiro às comunidades terapêuticas e acolhedoras, mediante convênios e adesão a programas governamentais”. Por fim,

considerando tudo isto, concluímos que o enfrentamento ao uso indevido de drogas não pode ser realizado com sucesso sem a colaboração das comunidades acolhedoras e terapêuticas. É necessário apoiá-las, qualificá-las e financiá-las para que, integradas na rede de atenção integral ao usuário de drogas, ofereçam o melhor de si para a sociedade.

33. Quando um PL deve ser analisado por mais de três comissões, é possível criar uma comissão especial para avaliá-lo – art. 34, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD).

34. “É possível questionar a decisão conclusiva da comissão e pedir a apreciação do plenário, basta fazer um requerimento com um décimo das assinaturas dos deputados ou líderes que representem esse número” (Doudement, 2015, p. 71).

35. Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=6F581C26D96EEFF60F18418B793564F0.proposicoesWeb2?codteor=1049060&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>.

No dia 11 de dezembro de 2012, o projeto foi aprovado por unanimidade,³⁶ tendo os signatários da FPCT ocupado quase metade das cadeiras da comissão.

No dia 7 de março de 2013, foi feito requerimento de urgência pelos líderes partidários,³⁷ o qual foi aprovado pelo plenário por votação nominal, com 344 votos pelo sim; seis pelo não; e seis abstenções. No dia 22 de maio de 2013, o PL começou a ser apreciado pelo plenário. Apresentaram-se, então, 22 emendas ao projeto. Entre elas, três interessam à FPCT: a emenda nº 2, de autoria do deputado Fábio Faria, do Partido Social Democrático (PSD) do Rio Grande do Norte, que versa sobre incentivos fiscais para instituições que tratem de pessoas que tenham problemas com SPAs e sobre a facilitação entre parcerias público-privadas, aceita pelo relator; a emenda nº 10, do deputado Sérgio Brito, signatário da FPCT, que versa sobre o conceito de internação compulsória, rejeitada pelo relator; e a emenda nº 17 (contrária aos interesses da FPCT), de autoria do deputado Mandetta, dos Democratas (DEM) do Mato Grosso do Sul, que versa sobre a impossibilidade de internação em CTs, também rejeitada pelo relator.

O PL foi aprovado pelo plenário por votação simbólica. Foi nesse momento da tramitação que o relator Carimbão incluiu a seção VI sobre as CTs. Além disso, alguns dispositivos foram votados separadamente (por voto nominal), mas nenhum deles afetava, direta ou indiretamente, os interesses da FPCT. O único partido que buscou, por diversas vezes, obstruir a votação foi o PSOL, tanto pedindo sua retirada de pauta quanto requerendo a votação individual de cada emenda ou a votação por grupo de artigos.

O que pudemos observar é que a FPCT atuou em alguns pontos-chaves do processo legislativo. O principal deles foi quando os signatários da frente ocuparam todas as ratorias, nas diversas comissões. Vale destacar também o requerimento, feito por um signatário da frente, para a apreciação do projeto em outra comissão permanente, o que motivou a criação da comissão especial, e também o requerimento dos líderes, pedindo urgência à matéria – além da atuação da FPCT em momentos decisivos da tramitação, que também não sofreu muitas obstruções.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo procurou, de forma muito exploratória, apresentar o funcionamento da FCTP-APAC, destacando seus principais objetivos e formas de atuação.

36. Reunião deliberativa. Composição: deputados doutor Jorge Silva (presidente); Reginaldo Lopes, Arnaldo Faria de Sá e Antônia Lúcia (vice-presidentes); Givaldo Carimbão (relator); Artur Bruno, Aureo Ribeiro, César Colnago, doutor Paulo César, Iracema Portella, João Ananias, João Campos, Luiz Couto, Marcelo Aguiar, Osmar Terra, pastor Eurico, professora Dorinha Seabra Rezende, Rodrigo Bethlem, Rosane Ferreira, William Dib e Wilson Filho – titulares (21 no total, nove da FPCT); Aline Corrêa, Carmen Zanotto, Darcísio Perondi, Domingos Neto, Eduardo Barbosa, Fábio Trad, José Linhares, Nelson Pellegrino, pastor Marco Feliciano e Ronaldo Nogueira. Suplentes (dez no total, seis da FPCT). Compareceu também o deputado Isaias Silvestre, como não membro. Deixaram de comparecer os deputados Afonso Hamm, Anderson Ferreira, Marçal Filho, Mendonça Prado, Paulo Pimenta e Teresa Surita (seis no total, três da FPCT). Ata da reunião disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/ordemdodia/integras/1049058.htm>>.

37. Art. 155 do RICD.

A primeira inquietação motivadora deste texto foi saber se a frente seria ativa, de fato, ou meramente simbólica. De acordo com nossa análise, pode-se considerar que a FPCT é uma frente ativa na defesa dos interesses das CTs. Cabe ressaltar, porém, que esse diagnóstico se deve ao trabalho de poucos parlamentares, que são realmente engajados no tema, como o deputado Biondini (presidente da FPCT). Aparentemente, a grande maioria dos membros da frente só teve contato com o tema ao assinar o requerimento para a sua criação.

Outra questão motivadora consistia em identificar os principais objetivos da FP. A entrevista com seu presidente, somada à análise de PLs propostos por membros do grupo, indicaram, basicamente, duas metas prioritárias. A primeira consiste na obtenção de recursos financeiros, por meio de financiamento público ou repasses do Estado. A segunda seria a garantia da legalidade das práticas voltadas ao cultivo da espiritualidade como método de recuperação de drogadictos. Destaca-se, a partir desses aspectos, a convergência entre os interesses da FP e o discurso apresentado pelas CTs. Como apresentado em Ipea (2017), a importância da espiritualidade e o anseio por financiamento são questões centrais para essas instituições.

Outro ponto motivador deste trabalho era a identificação das formas de atuação política da FPCT. Nesse sentido, podem-se apontar, basicamente, três eixos de atuação. O primeiro diz respeito ao contato e diálogo com as federações representantes das CTs. O segundo seria o contato com o Poder Executivo federal. Por fim, o terceiro eixo de atuação seria por meio das proposições legislativas e do acompanhamento da tramitação dos projetos de interesse da frente, como o PL nº 7.663/2010.

A aprovação desse PL na Câmara significou uma importante conquista, em âmbito legislativo, da FPCT. Porém, a maior parte dos projetos apresentados por seus membros, ou que envolvem interesses das CTs, está parada na Câmara dos Deputados, indicando que a frente não apresenta muitos resultados em sua produção legislativa. Não é possível subestimar, entretanto, os efeitos das suas outras formas de atuação, como reuniões e coordenação de interesses, intervenção nos debates etc.

A análise da tramitação do PL nº 7.663/2010 também indicou aspectos importantes, relacionados ao campo político no qual está inserida a FPCT, uma vez que mostrou que o tema do financiamento dessas organizações terapêuticas, assim como seu modelo de tratamento, não sofre muitas resistências dentro da Câmara dos Deputados. Não foram apresentados destaques para a votação em separado dos artigos que versavam sobre as CTs; e, entre os pontos mais polêmicos – e que motivaram obstruções –, as comunidades não estavam entre eles. Isso não significa que não haja oposição a elas dentro do Congresso. A ausência de obstáculos, nesse caso específico, indica, no mínimo, a falta de mobilização dos partidos de oposição contra estas instituições. Também vale reiterar a capacidade que a Frente tem de colocar seus membros em postos-chaves do processo legislativo, principalmente na posição de relator.

Por fim, confirma-se a impressão apresentada no início deste capítulo sobre o fenômeno abordado por Machado (2011). A autora ressalta o fato de como a CT estudada por ela passou de um *empreendimento moral a um empreendimento político*. A presença da FPCT, aliada à sua atuação ativa por meio do diálogo com as federações e com o Executivo, indica a expressiva mobilização política das CTs. Mais que isso, indica que a temática dessas organizações envolve certo capital político, que vem sendo explorado e expandido nos últimos anos, impactando outras agendas importantes, como a da descriminalização das drogas.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. H. H. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 1988.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jan. 2017.

ARAÚJO, S. M. V. G.; TESTA, G. G.; SILVA, R. S. **Fugindo do líder e caindo na rede**: caminhos alternativos das demandas sociais no Congresso Nacional. [s.l.]: [s.n.], 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280093451_Fugido_do_lider_e_caindo_na_rede_caminhos_alternativos_das_demandas_sociais_no_Congresso_Nacional>. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRAGA, M. do S. S.; PIMENTEL JUNIOR, J. Os partidos políticos realmente não importam? **Opinião Pública**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 271-303, nov. 2011.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.663, de 2010. Acrescenta e altera dispositivos da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=6F581C26D96EEFF60F18418B793564F0.proposicoesWeb2?codteor=1049060&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>.

_____. Projeto de Lei nº 8.016, de 2014. Acrescenta dispositivo a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre as atividades religiosas no tratamento sob regime de internação hospitalar aos pacientes dependentes de substâncias químicas. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=D633D4B504E66C33CC5BBDF8177B59AC.proposicoesWebExterno1?codteor=1281514&filename=PL+8016/2014>.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 12**. Brasília: MS, out. 2015.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

DOUDEMENT, M. L. **Jogos regimentais**: estratégia de aprovação e obstrução na Câmara dos Deputados, o caso da Frente Parlamentar Evangélica. 2015. Monografia (Graduação) – Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

FIGUEIREDO, A.; LIMONGI, F. **Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional**. Rio de Janeiro: FGV; FAPESP, 2001.

FRESTON, P. **Protestantes e política no Brasil**: da Constituinte ao impeachment. 1993. Tese (Doutorado) – Departamento de Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993. 308 p.

GIMENES, É. R. *et al.* Partidarismo no Brasil: análise longitudinal dos condicionantes de identificação partidária (2002-2014). **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 121-148, maio/ago. 2016.

IBOPE – INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA. **Índice de Confiança Social 2015**. [s.l.]: Ibope, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Documents/ics_brasil.pdf>.

INÁCIO, M. Estrutura e funcionamento da Câmara dos Deputados. *In*: MELO, C. R.; SAEZ, M. A. (Org.). **A democracia brasileira**: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2007.

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

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MIGUEL, L. F. **Democracia e representação**: territórios em disputa. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

SILVA, G. T. R. **Impacto das frentes parlamentares na dinâmica do Congresso Nacional durante a presidência do Partido dos Trabalhadores (52ª a 54ª legislatura)**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SILVA, R. S.; ARAÚJO, S. M. V. G. de. Ainda vale a pena legislar: a atuação dos agenda holders no Congresso brasileiro. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 19-50, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2017.

VEIGA, L. F. O partidarismo no Brasil (2002/2010). **Opinião Pública**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 400-425, nov. 2011.

INTERNAÇÕES FORÇADAS DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS: CONTROVÉRSIAS JURÍDICAS E INSTITUCIONAIS

Luciana Barbosa Musse

1 INTRODUÇÃO

Uma das questões mais candentes envolvendo a Lei nº 11.343/2006 – a Lei de Drogas – desde a sua promulgação refere-se à interpretação e aplicação do seu art. 28, que tipifica o crime de uso de drogas. Sua vagueza terminológica parece contribuir para o incremento de práticas controvertidas como a internação compulsória – individual ou em massa – de pessoas que fazem uso ou são dependentes dessas substâncias. O referido artigo diz que:

quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I – advertência sobre os efeitos das drogas;

II – prestação de serviços à comunidade;

III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do *caput* deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do *caput* deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o *caput*, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente, a:

I – admoestação verbal;

II – multa.

§ 7º O juiz determinará ao poder público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado (Brasil, 2006, art. 28).

Essa ambiguidade resulta, numa primeira análise, de uma das principais inovações trazidas pela Lei de Drogas, que é uma abordagem menos punitiva e mais preventiva, que enfatiza a noção de saúde do usuário ou dependente de drogas e relega a um segundo plano a ideia de defesa social, aplicável ao tráfico (Campos, 2015).

A citada ênfase na saúde possibilita a interlocução que aqui se fará entre a Lei de Drogas e a Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), que, entre outras transformações trazidas para a saúde mental, privilegia a atenção psicossocial em meio comunitário, reconhece as pessoas com transtorno mental como sujeitos de direitos e dispõe sobre as modalidades de internação involuntária e compulsória de pessoas com transtornos mentais, aqui denominadas internações forçadas.

A LRP prevê no seu art. 6º, parágrafo único, três modalidades de internação: “I – voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – compulsória: aquela determinada pela Justiça” (Brasil, 2001).

Tanto a internação involuntária quanto a compulsória são denominadas internações forçadas ou não consentidas. A internação involuntária, como modalidade de tratamento, entretanto, não requer a atuação do Poder Judiciário, pois é realizada contra a vontade ou sem o consentimento da pessoa, a pedido de terceiro(s), que pode(m) ser familiar(es) ou profissional responsável pelo seu tratamento. A internação involuntária prescinde da provocação do Poder Judiciário, mas exige a fiscalização do Ministério Público, que deverá ser comunicado sobre sua ocorrência até setenta e duas horas após a internação. Já a internação compulsória demanda necessariamente a atuação do Poder Judiciário. A concretização de qualquer uma das três modalidades de internação, todavia, só poderá ser feita se estiver amparada em laudo médico circunstanciado que justifique os seus motivos.

O debate político e jurídico sobre o que são e em que circunstâncias devem ser aplicadas as internações psiquiátricas forçadas é intenso e divide opiniões. O dissenso é evidente no meio político-legislativo por conta das tensões próprias da pluralidade ideológica e de interesses que lutam por reconhecimento e primazia.

Já na esfera jurídica, a vagueza dos textos normativos pátrios alia-se à tradicional visão punitiva herdada das legislações penais anteriores, da prática e da cultura jurídica e da visão de uma significativa parcela da sociedade brasileira.

Este capítulo pretende tratar das controvérsias políticas e jurídicas em torno das internações forçadas, que, aqui, serão categorizadas por intermédio de três paradigmas.¹ O primeiro é o jurídico-punitivo, estruturado em torno da ideia de risco/perigo social, que apresenta respostas que implicam a restrição à liberdade da pessoa. Segundo esse paradigma, usuário e dependente de drogas são vistos como criminosos, (moralmente) desviantes, “anormais” (Foucault, 2001), e devem, portanto, ser segregados do convívio social. Conforme um segundo paradigma, o biomédico, “refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências, exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende” (Marco, 2006, p. 64). Traz uma visão paternalista e tutelar acerca da relação médico-paciente, que impacta a autonomia do paciente. O último paradigma, o de direitos humanos,² caracteriza-se por compreender o usuário ou dependente de drogas como detentor de direitos individuais, coletivos e difusos que, ao lado do direito à saúde – em sua tripla dimensão (biológica, psicológica e social) –, asseguram sua cidadania e devem ser respeitados por todos.

Realizada a partir de pesquisa bibliográfica e documental, essa reflexão será desenvolvida por meio de análise quantitativa e qualitativa de projetos de lei (PLs) federais sobre internações forçadas apresentados entre 2006 e 2017, e de decisões do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), no intervalo de 2001 a 2016.³

Além desta introdução, o texto se divide em mais duas seções substantivas e uma de considerações finais. A segunda seção trata do debate sobre a (im)possibilidade de considerar as internações forçadas como política pública. Essa seção se divide em duas subseções: a primeira dedicada ao enfrentamento dessa discussão no campo da administração pública; e a segunda, pelo Poder Legislativo federal. A terceira seção apresenta análise exploratória de decisões judiciais sobre esses tipos de internação, para usuários e dependentes de drogas, proferidas pelo TJDFT, entre 2001 e 2016.

1. Paradigmas são “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. Por isso, paradigmas podem ser substituídos – no todo ou apenas em parte por outro –, por causa de ambiguidades e incoerências entre eles (Kuhn, 2006, p. 59 e 93).

2. Aqui, a expressão direitos humanos será utilizada em sentido amplo, abrangendo, portanto, tanto os direitos assegurados na ordem internacional, por tratados, convenções e declarações, quanto os resguardados na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e na legislação interna.

3. Sobre o recorte temporal da amostra de decisões cabe esclarecer que 2001 foi eleito como a data de início por ser o ano de promulgação da LRP. Já 2016 corresponde ao último ano completo no momento da realização do campo da pesquisa/coleta de dados. Em relação ao recorte espacial, cabe esclarecer que o TJDFT foi escolhido por ser o tribunal da Unidade da Federação (UF) onde se encontra sediado o órgão financiador da pesquisa.

2 O DEBATE SOBRE INTERNAÇÃO FORÇADA COMO POLÍTICA PÚBLICA

Embora a Lei de Drogas não preveja e a LRP preveja apenas como medida excepcional a internação forçada (involuntária ou compulsória) para usuários de drogas, autoridades públicas têm buscado o concurso do Poder Judiciário para realizá-la, tendo em vista existir a suposta “epidemia do *crack*” e a concentração de usuários nos espaços públicos conhecidos como “cracolândias”. Diante disso, na próxima subseção, analisaremos se, ou em que medida, tal prática possui respaldo jurídico-normativo.

2.1 O debate no campo da administração pública

Os recentes eventos protagonizados pelo Poder Executivo da cidade de São Paulo, na chamada “cracolândia”, precedidos por outros havidos em anos anteriores, mantêm vivo o debate sobre as internações em massa.

Qual é o público-alvo por excelência desse tipo de internação? Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2013 apresenta o perfil dos usuários de *crack* e/ou similares, encontrados nas cenas de uso abertas das grandes cidades brasileiras. A maioria deles é composta por adultos jovens, com idade média de 30 anos, do sexo masculino, não brancos, solteiros, de baixa escolaridade e que fazem uso da droga associada a outras, como álcool e tabaco. Essas características pessoais e sociais são muito semelhantes às dos indiciados ou condenados por tráfico (Campos e Alvarez, 2017; Haber, 2018) e às das pessoas com transtornos mentais que cumprem medida de segurança nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) e alas de tratamento psiquiátrico (ATPs), de acordo com o censo sobre os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, feito pelo Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis), em 2011 (Diniz, 2013).

Esse perfil remete à seletividade do sistema jurídico-criminal e à adoção de um discurso e uma prática pautados pela *defesa social*, a fim de lidar com uma problemática mais ampla que o uso de drogas em si e por si, uma vez que envolve elementos sociais, econômicos, culturais e políticos.

Por certo que um dos grandes desafios sociais é justamente como lidar com a presença dos “loucos” em situação de rua, no entanto, num Estado democrático de direito não se podem aceitar soluções autoritárias, devendo as políticas públicas serem inclusivas e comunitárias, e nunca excludentes, sob pena de agravar ainda mais a condição de vulnerabilidade dessas pessoas (Boiteux, 2013, p. 56).

As internações forçadas violam diversos direitos da população em situação de rua, além de caracterizarem um desrespeito à atual política de saúde mental, especificamente em relação aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas. A despeito de denúncias apresentadas por usuários, movimentos sociais e, inclusive, por organismos internacionais, como do sistema da Organização das Nações Unidas

(ONU), essas práticas, que indicam políticas de “limpeza urbana”, não só persistem como recebem amplo apoio social (Maioria..., 2017).

Repudiando essas práticas, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) afirma que:

ainda que a Lei nº 10.216 de 2001 descreva a internação como uma das estratégias possíveis para o tratamento dos transtornos mentais, ultimamente, alguns estados e municípios têm utilizado a internação como principal forma para lidar com a dependência de drogas. A OPAS/OMS no Brasil considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência de drogas (OPAS/OMS, 2013).

Vários organismos internacionais ligados à ONU, tais como a OMS, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund – Unicef), por sua vez, redigiram, em 2012, uma declaração conjunta, propondo aos países o fechamento dos centros de detenção e reabilitação obrigatórios, para usuários de drogas, e a implantação de serviços sanitários e sociais voluntários, de base comunitária.

As entidades da ONU que assinaram esta declaração convocam os Estados que operam centros de detenção obrigatória (centros de internações forçadas) de drogas e de reabilitação a fechá-los sem demora e a libertar os indivíduos detidos. Após a liberação, serviços de saúde apropriados devem ser prestados àqueles que deles necessitem, de forma voluntária, ao nível da comunidade. Esses serviços devem incluir tratamento de dependência de drogas informado por evidências; prevenção, tratamento, cuidados e apoio em HIV [vírus da imunodeficiência humana] e tuberculose; bem como serviços de saúde, jurídicos e sociais para combater a violência física e sexual e permitir sua reintegração. A ONU está pronta para trabalhar com os Estados enquanto eles tomam medidas para fechar centros obrigatórios de detenção e reabilitação de drogas, e implementar alternativas voluntárias, ambulatoriais, residenciais comunitárias e informadas por evidências (OMS *et al.*, 2012, p. 1-2).⁴

Essas recomendações têm sido ignoradas pelo Poder Executivo de alguns municípios e estados brasileiros. Esse entendimento, contudo, não é pacífico, nem na literatura, nem no Poder Judiciário, nem no Poder Legislativo. Aqueles que adotam o discurso legitimador das internações forçadas argumentam basicamente que os usuários e dependentes de drogas são um risco para si e para terceiros, pois o “vício” os torna incapazes de decidir e agir livremente. Ambos requerem o

4. “The UN entities which have signed on to this statement call on States that operate compulsory drug detention and rehabilitation centres to close them without delay and to release the individuals detained. Upon release, appropriate health care services should be provided to those in need of such services, on a voluntary basis, at community level. These services should include evidence-informed drug dependence treatment; HIV and TB prevention, treatment, care and support; as well as health, legal and social services to address physical and sexual violence and enable reintegration. The UN stands ready to work with States as they take steps to close compulsory drug detention and rehabilitation centres and to implement voluntary, ambulatory, residential and evidence-informed alternatives in the community”.

sacrifício da autonomia dessas pessoas e a consequente intervenção de terceiros (familiares, profissionais da saúde e/ou do direito ou do Poder Executivo) (Clève, 2017; Lemos, 2013).

De acordo com Foucault (1994, p. 462), a ideia de risco representado pelo *indivíduo perigoso* – aqui simbolizado pelo usuário ou dependente de drogas e, mais especificamente, pelo "cracudo" – estabeleceu seus contornos nos séculos XIX e XX, inspirada na noção de responsabilidade civil objetiva, ou sem culpa, do direito civil. O termo teria sido introduzido por Prins⁵ na sessão de setembro de 1905 da União Internacional de Direito Penal.⁶ A partir dessa correlação, pode-se responsabilizar um indivíduo por um dano, mesmo sem culpa, apenas demonstrando o nexo entre o ato cometido e o risco de criminalidade, que constitui sua própria existência.

Essa visão insere-se num contexto mais amplo, de transformação do poder punitivo estatal. Marca, numa perspectiva foucaultiana, a passagem do poder disciplinar para a biopolítica, ou o biopoder, alterando a economia desse fenômeno, pela transferência e ampliação do controle sobre os corpos dos indivíduos, para o controle coletivo da população, ou de segmentos dela, e pela medicalização do crime e da punição (Foucault, 1994; Lemos e Silva, 2012, p. 9; Lemos, 2013, p. 329). Apesar do transcurso de mais de cem anos, a atualidade dessa concepção se faz sentir nas políticas criminais, com reflexos e consequências sobre as atuais políticas de saúde mental e drogas, notadamente em relação às internações forçadas, de usuários e dependentes de *crack*.

Nessa linha, o Tribunal de Justiça de São Paulo, com fundamento na dignidade da pessoa humana, no direito fundamental social à saúde e no dever de proteção da saúde pelo Estado:

tem determinado a internação compulsória de dependentes químicos economicamente hipossuficientes às custas do município ou do estado, tendo em vista a responsabilidade solidária dos entes federados, de acordo com a interpretação conjunta da Lei Antimanicomial com a Lei das Drogas (Clève, 2017).

O mesmo Tribunal de Justiça de São Paulo adotou posicionamento diverso, ao derrubar decisão que permitiu, em maio de 2017, a abordagem, por agentes de saúde e guardas civis metropolitanos, de "possíveis usuários de *crack* na região da cracolândia e seu entorno, para avaliar as condições de saúde desse grupo" (TJ-SP cassa decisão..., 2017). O argumento utilizado pelo desembargador responsável pela

5. Adolphe Prins, jurista belga e um dos fundadores, ao lado de Von Liszt e Von Hammel, da União Internacional de Direito Penal, entidade que perdurou até a Primeira Guerra Mundial.

6. Esse intercâmbio é a noção capitalista de risco para a qual a lei abre espaço para a ideia de uma responsabilidade sem culpa, e para a qual a antropologia, a psicologia ou a psiquiatria podem abrir caminho com a ideia de imputabilidade sem liberdade. O termo, agora central, de ser 'perigoso' ou 'terrível', teria sido introduzido por Prins na sessão mencionada (Foucault, 1994, p. 462, tradução nossa).

decisão foi de que “o poder público não pode ter carta branca para definir quem está em ‘estado de drogadição’ nas ruas da capital paulista” (*op. cit.*).

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por seu turno, reconhece que a singularidade de cada indivíduo impacta o modo como ele se relaciona com a droga, razão pela qual reafirma, em consonância com a atual política de saúde mental, a necessidade de estabelecer, obrigatória e conjuntamente com o usuário ou dependente, seu projeto terapêutico singular ou individualizado. Isso afasta a possibilidade de se realizar qualquer tipo de internação forçada em massa, quer com base na noção de risco/periculosidade, quer com fundamento na falta de autonomia do indivíduo, sem prévio acompanhamento na área da saúde (Minas Gerais, 2014).

Isso significa que cada caso de internação compulsória é um caso, o que restringe a análise estatal, seja do governo, seja do juiz, em procedimento coletivo. Não pode o Poder Executivo, e muito menos o Poder Judiciário, por si mesmos, determinar quando e em que momento a pessoa perde o discernimento do convívio social com prejuízo para a sua própria autonomia. Daí porque é imprescindível que se cumpra com a análise de caso a caso pelo médico antes da decisão judicial, seja ela em tutela provisória de urgência antecipada, seja ela definitiva em sentença. O contrário disso seria violação à norma legal e ativismo judicial desnecessário (Cléve, 2017).

Esses argumentos ilustram a ambivalência com que o Poder Judiciário brasileiro tem lidado com essa questão, ora adotando o paradigma jurídico-punitivo, ou da *defesa social* – ancorado na restrição à liberdade da pessoa, supondo ser ela considerada criminosa, delinquente, moralmente desviante, “anormal” –, ora o paradigma biomédico, construído sob a compreensão de que esses indivíduos são “doentes”, “incapazes”,⁷ e devem, portanto, ser tratados inclusive contra sua própria vontade, já que, supostamente, não mais a possuem, em virtude dos efeitos deletérios das drogas.

A perda do controle sobre a vontade e sobre os próprios atos requer, nessa linha, que alguém “substitua a vontade” do usuário ou dependente de drogas, tutelando suas ações. Esse substituto pode ser um familiar ou responsável, um profissional da saúde, especialmente o médico, e, em última instância, o próprio Estado, que em nome da vida e da saúde desses indivíduos – singular ou coletivamente considerados – pode determinar sua internação forçada.

As ações do Poder Executivo, no sentido de internar, coletiva e forçadamente, usuários e dependentes de *crack*, caracterizam-se como uma “inovação”, pois se

7. Até janeiro de 2016, antes do início da vigência da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), o Código Civil Brasileiro, no seu art. 3º, inciso II, considerava absolutamente incapazes “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”. O art. 4º, inciso II, considerava “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tinham o discernimento reduzidos” relativamente incapazes de praticar certos atos da vida. Atualmente, a redação do art. 4º, inciso II, do Código Civil encontra-se da seguinte forma: “são incapazes, relativamente, a certos atos ou maneira de os exercer: (...) II – os ébrios habituais e os viciados em tóxico” (Brasil, 2002, grifo nosso).

constituem em medida típica do campo penal, que adentra a área administrativa. O direito administrativo, como o penal, também é regido pelo princípio da liberdade, submetendo, portanto, o poder público à sua observância. Contudo, cabe esclarecer, brevemente, que se por um lado a prisão administrativa é uma possibilidade jurídico-normativa, por outro, de acordo com Nascimento (2003, p. 2), possui natureza cautelar e só poderá ser utilizada contra funcionário público ou terceiro, que terá sua liberdade de ir e vir cerceada a fim de impedir “ausentar-se o infrator, levando consigo os bens resultantes do dano causado à Fazenda Pública”. Outra hipótese de prisão de natureza administrativa é a prisão disciplinar militar. Porém, segundo o autor, “tem caráter retributivo, de castigo ou punição, é sanção que se impõe pela prática de uma transgressão disciplinar resultante de desídia no cumprimento do dever legal” (*idem, ibidem*).

Fácil perceber que as duas hipóteses de prisão administrativa anteriormente descritas também não se aplicam à problemática em questão, não encontrando a administração pública, portanto, guarida no direito para a prática de internações forçadas coletivas ou em massa. Em síntese: a liberdade é a regra. Sua restrição é a exceção, pois “no sofisticado esquema de relações entre a autoridade e a liberdade, tudo se resume à cláusula de proteção da liberdade mediante a interdição do arbítrio do Estado e, dentro deste, do Poder mais perigoso para a cidadania, que é o Executivo” (Monte Alegre, 2006, p. 2).

Somando-se ao argumento de não cabimento de prisão administrativa, o uso de drogas não é mais passível de pena privativa de liberdade, desde a promulgação da Lei de Drogas, em 2006.⁸ Ora, se a norma penal, área por excelência de máximo controle estatal, não mais adota essa medida, não há como acolher a utilização coletiva de tal expediente em outra esfera do direito, por força do princípio da subsidiariedade (Lemos, 2013, p. 326; Carvalho, 2014, p. 194).

Na esteira do Poder Executivo, representantes do Poder Legislativo, por sua vez, apresentaram, nos últimos anos, PLs sobre internação compulsória ou involuntária – inclusive de crianças e adolescentes que fazem uso ou são dependentes de drogas. Alguns desses PLs são representativos do dissenso que permeia a questão, como será exposto na próxima subseção.

2.2 O debate no Poder Legislativo

Para verificar como o Poder Legislativo federal tem encaminhado a questão das internações forçadas, realizou-se pesquisa documental no *site* da Câmara dos

8. A LRP prevê a possibilidade de realizar a internação involuntária se, em função de sua doença, a pessoa apresentar risco de vida para si ou para outrem (risco de autoagressão ou de heteroagressão), desde que esse risco seja comprovado por laudo médico circunstanciado.

Deputados, envolvendo apenas os projetos de lei ordinária que versam sobre internação compulsória e internação involuntária, apresentados no período de 2006 a 2017.

Identificou-se a propositura de 31 PLs sobre internação compulsória e oito sobre internação involuntária nesse período. Desse montante, seis abordam ambas as modalidades de internação. Onze deles foram descartados, por terem por objeto, exclusivamente, a internação compulsória ou involuntária de crianças e adolescentes – o que não é objeto dessa reflexão – ou por tratarem de outras temáticas, como liberação compulsória de adolescentes em conflito com a lei, concessão de pensão especial vitalícia a filhos de pessoas acometidas de hanseníase e internadas compulsoriamente, ou internação compulsória de estuprador. Restaram 21 PLs, que dispõem direta ou indiretamente sobre as internações forçadas de adultos como políticas públicas, conforme quadro 1.

QUADRO 1
PLs sobre internações forçadas de adultos

Ano de propositura	Número do PL	Proponente	Partido	Norma(s) em questão	Status
2008	3.343	Rita Camata	Movimento Democrático Brasileiro (MDB)/Espírito Santo	10.216	Apensado ao PL nº 4.247/2008
2008	4.247	Tião Viana	Partido dos Trabalhadores (PT)/Acre	10.216	Pronta para pauta no Plenário (PLEN) (2014)
2010	7.663	Osmar Terra	MDB/Rio Grande do Sul	11.343	Tramitando no Senado (Projeto de Lei Complementar – PLC nº 37/2013)
2011	888	Arnaldo Faria de Sá	Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)/São Paulo	11.343	Retirado pelo autor
2011	1.144	Delegado Waldir	Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)/Goiás	11.343	Apensado ao PL nº 7.665/2010
2011	2.930	Comissão Especial de Políticas sobre Drogas	-	11.343	Arquivado
2012	3.167	Pastor Marco Feliciano	Partido Social Cristão (PSC)/São Paulo	11.343	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	3.365	Eduardo da Fonte	Partido Progressista (PP)/Pernambuco	Decreto-Lei nº 891	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	3.450	Alfredo Kaefer	PSDB/Paraná	Lei Nova	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	4.871	Francisco Escórcio	MDB/Maranhão	11.343	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	4.911	Onofre Santo Agostini	Partido Social Democrático (PSD)/Santa Catarina	Decreto-Lei nº 2.848	Apensado ao PL nº 7.665/2010
2013	6.839	João Rodrigues	PSD/Santa Catarina	11.343	Apensado ao PL nº 4.941/2009
2014	7.270	Jean Wyllys	Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)/Rio de Janeiro	11.343; 8.072; e 9.294	Tramitando em conjunto; apensado ao PL nº 7.187/2014

(Continua)

(Continuação)

Ano de proposição	Número do PL	Proponente	Partido	Norma(s) em questão	Status
2014	8.072	Dr. Uibiali	Partido Socialista Brasileiro (PSB)/São Paulo	10.216	Arquivado
2015	1.817	Luciano Ducci	PSB/Paraná	10.216	Aguardando designação de relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)
2015	2.704	Delegado Éder Mauro	PSD/Pará	Lei Nova	Apensado ao PL nº 5.321/2013
2016	5.251	Vitor Valim	MDB/Ceará	Lei Nova	Apensado ao PL nº 2.704/2015
2017	7.206	Professor Victório Galli	PSC/Mato Grosso	Lei Nova	Apensado ao PL nº 5.251/2016
2017	7.605	Eduardo da Fonte	PP/Pernambuco	Lei Nova	Aguardando designação de relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
2017	7.912	Goulart	PSD/São Paulo	10.216	Apensado ao PL nº 5.251/2016
2017	8.018	Goulart	PSD/São Paulo	10.216	Apensado ao PL nº 2.704/2015

Fonte: Câmara dos Deputados. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br>>.

Elaboração da autora.

Dos 21 PLs, treze (62%) envolvem internação compulsória, seis (28,6%) dispõem sobre internações involuntárias e compulsórias e dois (9,5%) tratam exclusivamente de involuntárias. Oito PLs (38%) propõem alterações no texto da Lei de Drogas, entre os quais quatro (19%)⁹ apresentam alteração do art. 23.¹⁰ Desses, três (14,3%) propõem a inclusão do art. 23-A,¹¹ que passa a elencar as modalidades de internação a serem adotadas em caso de uso ou dependência de drogas. Cinco (24%) buscam modificar o art. 28 da lei,¹² autorizando a internação compulsória, como primeira opção de tratamento. Podem-se identificar, nas justificativas dos PLs, as mesmas fundamentações: o risco que essas pessoas representam para si, para terceiros e para a sociedade, e a ausência de discernimento/autonomia para decidir. Um sexto PL, o nº 7.270/2014, citado anteriormente,¹³ também estabelece mudanças no art. 28 da Lei de Drogas, mas em sentido oposto aos demais.

Ainda em relação às propostas de alteração da Lei de Drogas, destacam-se os PLs nºs 7.663/2010, 1.144/2011 e 7.270/2014. O primeiro, proposto pelo

9. PLs nºs 7.663/2010, 888/2011, 2.930/2011 e 7.270/2014.

10. O art. 23 da Lei nº 11.343/2006 dispõe que: "as redes dos serviços de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada".

11. PLs nºs 7.663/2010, 888/2011 e 2.930/2011.

12. PLs nºs 7.663/2010, 1.144/2011, 3.167/2012, 4.871/2012 e 6.839/2013.

13. Os PLs nº 7.663/2010, de autoria de Osmar Terra, e nº 7.270/2014, apresentado pelo deputado federal Jean Wyllys, abrangem propostas de alteração de várias normas e de vários dispositivos da Lei nº 11.343/2006. Entretanto, restringiu-se o enfrentamento às questões atinentes à Lei de Drogas, no tocante à internação de usuários e dependentes.

deputado Osmar Terra, do MDB do Rio Grande do Sul, encontra-se no Senado e ali tramita como PLC nº 37/2013. Diferencia-se em razão da sua abrangência¹⁴ e pelas alterações sofridas durante sua tramitação. De especial importância é a nova redação do art. 23-A, que reafirma a atual política de saúde mental e passou a prever apenas duas modalidades de internação – a voluntária e a involuntária, se os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

A não previsão da internação compulsória pode ser lida de duas formas distintas. Por um lado, como algo positivo, ao se assumir que apenas as internações voluntária e involuntária são modalidades de tratamento. Por outro, pode ser considerada um problema, se a fiscalização das internações involuntárias (pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública e outras instâncias fiscalizadoras), via sistema informatizado – como previsto no PLC nº 37/2013 –, demorar a ser implementada; ou se, uma vez implementada, a alimentação dos dados for deficitária, deixando os usuários/dependentes sujeitos a eventuais abusos e violações de direitos.

Outro ponto a ser ressaltado no PL nº 7.663/2010 (PLC nº 37/2013 do Senado) é o papel das comunidades terapêuticas (CTs), na atenção psicossocial às pessoas que fazem uso ou são dependentes de drogas.¹⁵ Sendo as CTs o objeto de diferentes abordagens nesta obra, ser-lhe-á dedicada aqui apenas uma rápida menção. Pela redação dada ao nável art. 7º-A, pelo PLC nº 37/2013, a participação desses dispositivos de cuidado no Sisnad (art. 7º-A, inciso V e § 3º) torna-se explícita. Não obstante sua função seja *acolher* usuários ou dependentes de drogas, e não *interná-los* (de acordo com a redação dada ao ainda inexistente art. 23-A, § 9º, da Lei nº 11.343/2006).

No PL nº 1.144/2011, chama atenção a persistência do paradigma jurídico-punitivo, ampliando o rol de legitimados ativos para a requisição de internação compulsória. Por exemplo, familiares, delegados de polícia e o próprio Ministério Público ficam autorizados a requerê-la. O projeto também pretende estender a internação compulsória aos usuários de álcool, droga lícita e não abrangida pela atual Lei de Drogas.

Art. 2º O art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, fica acrescido do inciso IV seguinte: “art. 28 O juízo fixara o prazo definitivo da internação compulsória

14. Altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006; 7.560, de 19 de dezembro de 1986; 9.250, de 26 de dezembro de 1995; 9.532, de 10 de dezembro de 1997; 8.981, de 20 de janeiro de 1995; 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, de 14 de setembro de 1993; 8.069, de 13 de julho de 1990; 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e 9.503, de 23 de setembro de 1997; assim como os decretos-lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942; 8.621, de 10 de janeiro de 1946; e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

15. Desde 2012, o Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu as CTs na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) como unidade de atenção em regime residencial (Portaria do Ministério da Saúde nº 856, de 22 de agosto de 2012).

para tratamento e desintoxicação, em instituição compatível com o caso e pelo prazo considerado necessário para o tratamento integral, observando o exame clínico”. (NR)

§ 8º – A internação poderá se requisitada *pela família, ou quem tenha a guarda ou tutela do usuário, bem como pelo Delegado de Polícia ou Ministério Público*, podendo ser usado de forma coercitiva para a condução do usuário.

§ 9º – A comprovação do uso será efetuada por exame clínico, prova testemunhal ou pela apreensão dos objetos e drogas utilizadas pelo usuário.

§10º – *Aplica-se esta lei aos usuários de bebidas alcoólicas* (Brasil, 2011, grifo nosso).

Já o PL nº 7.270/2014 se distancia dos demais por adotar, amplamente, o paradigma de direitos humanos, estabelecendo: *i)* a descriminalização do usuário que faz uso religioso, medicinal ou recreativo de drogas; *ii)* que a internação involuntária se justifica apenas quando houver risco de vida do usuário/dependente; e *iii)* a concessão de “(...) benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho” (Brasil, 2014) especificamente de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social, como consequência do uso problemático de drogas.¹⁶

Seis PLs (28,6%) se referem à LRP (Lei nº 10.216/2001). Dois deles (PLs nºs 3.343/2008 e 4.247/2008) propõem a consolidação das normas federais em saúde e, por isso, compilam, sem alterações, o texto original da LRP.¹⁷ Os PLs nºs 8.072/2014 (já arquivado) e 1.817/2015 propõem a revisão periódica – a cada seis meses – das internações involuntárias, o que seria uma forma de garantir a efetiva fiscalização desses atos, pelo Ministério Público, e evitar violações de direitos dos pacientes. O PL nº 7.912/2017 explicita a abrangência da LRP aos dependentes de drogas, como sujeitos de direitos.

O PL nº 8.018/2017 sugere o acréscimo de parágrafo único ao art. 3º da LRP, com o intuito de que sejam firmados “(...) convênios entre a administração, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, de modo a tornar mais célere e seguro o procedimento de internação compulsória, assegurando o efetivo exercício do contraditório e da ampla defesa” (Brasil, 2017).

As alterações sugeridas no contexto dos quatro últimos PLs sobre a LRP indicam uma prevalência do paradigma de direitos humanos, pois propõem o reconhecimento dos usuários e dependentes de drogas como sujeitos de direitos e apresentam medidas jurídicas de proteção da liberdade e de outras prerrogativas desses indivíduos.

16. A versão vigente da Lei de Drogas prevê, em seu art. 24, que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

17. Além da LRP, o PL traz outro dispositivo normativo da saúde mental, o auxílio-reabilitação psicossocial.

Entre os partidos aos quais os proponentes se encontravam ou se encontram filiados temos o PSD (cinco, 24%), MDB (quatro, 19%), PSC (dois, 9,5%), PSDB (dois, 9,5%), PP (dois, 9,5%), PT (um, 4,8%), PTB (um, 4,8%) e PSOL (um, 4,8%). Um PL foi apresentado pela Comissão Especial de Políticas sobre Drogas da Câmara dos Deputados.

O PSD foi responsável pela apresentação do maior número de PLs, isto é, cinco. Neles, vislumbra-se a coexistência entre dois paradigmas, ou de todos os três. Os PLs nºs 4.911/2012 e 6.839/2013 expressam o paradigma jurídico-punitivo e biomédico; o PL nº 7.912/2017 integra os paradigmas biomédico e de direitos humanos; o PL nº 8.018/2017 associa os paradigmas jurídico-punitivo e de direitos humanos; e no PL nº 2.704/2015, observa-se a justaposição dos paradigmas jurídico-punitivo, biomédico e de direitos humanos.

O MDB apresentou quatro PLs sobre internações forçadas. Em um deles, coexistem os paradigmas biomédico e de direitos humanos (PL nº 3.343/2008); e, em outro, verifica-se a presença dos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico (PL nº 4.871/2012). Em dois PLs, os três paradigmas se entrelaçam (PLs nºs 7.663/2010 e 5.251/2016). O PSC e o PSDB apresentaram, respectivamente, dois PLs, e todos estão pautados, concomitantemente, pelos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico.

O PL nº 3.365/2012, do PP, denota a interpenetração dos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico. O PL nº 7.605/2017, que traz proposta de instituição do estatuto da prevenção ao uso e abuso de drogas, apresenta o entrelaçamento dos três paradigmas. Ambos os PLs são de autoria do mesmo deputado, Eduardo da Fonte (PP/Pernambuco). O único PL proposto pelo PT é o nº 4.247/2008 – ilustrativo do paradigma de direitos humanos –, que tem como foco a consolidação das leis sanitárias brasileiras referentes aos cuidados em saúde e, por conseguinte, em saúde mental. O PL nº 888/2011, único apresentado pelo PTB, sobre a temática das internações forçadas, traz elementos dos três paradigmas. O paradigma de direitos humanos é o que norteia o PL nº 7.270/2014, apresentado pelo deputado Jean Wyllys, único representante do PSOL nessa área. Não é possível identificar a aderência dos partidos a um paradigma específico de política de drogas ou de saúde mental. Encontram-se características de, pelo menos, dois modelos em todos os PLs. A associação entre o jurídico-punitivo ou de defesa social e o biomédico é a mais frequente (oito PLs).

O exposto nesta seção permite-nos afirmar que os paradigmas jurídico-punitivo (ou da defesa social) e biomédico prevalecem nas propostas e nos argumentos expostos pela administração pública e pelo Poder Legislativo. Na esfera Legislativa, contudo, os diferentes, quando não antagônicos, interesses em jogo tanto repudiam como defendem a internação compulsória ou involuntária como políticas públicas.

A visão do Poder Judiciário sobre as internações forçadas será tratada na próxima seção.

3 REVELAÇÕES FEITAS POR DECISÕES JUDICIAIS SOBRE INTERNAÇÕES FORÇADAS

3.1 Breve contextualização

A partir da análise de decisões de segunda instância do TJDF, o que se pode dizer sobre o agir dos atores jurídicos no que se refere às internações forçadas de usuários ou dependentes de drogas?

Antes de apresentar os resultados da pesquisa jurisprudencial empreendida no *site* do TJDF, cabe registrar as orientações propostas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em relação à atenção psicossocial e à internação de usuários e dependentes de drogas. Essa exposição contribuirá para a análise dos resultados da pesquisa.

Por intermédio do Provimento CNJ nº 04/2010, o referido órgão “define medidas com vistas à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária na implantação das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, nos termos do art. 28, § 7º, da Lei nº 11.343/2006” (Brasil, 2010). Para tal, fixa no seu art. 1º que “o atendimento aos usuários de drogas encaminhados ao Poder Judiciário em razão de termo circunstanciado lavrado por infração prevista no art. 28 da Lei nº 11.343/2006 será multidisciplinar, na forma do art. 4º, IX, da mesma lei” (Brasil, 2010).

Além disso, estabelece, no parágrafo único do art. 1º, que “os Tribunais de Justiça deverão estabelecer, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, equipes multiprofissionais habilitadas para captar redes de atendimento aos usuários de drogas e propor aos magistrados a medida mais adequada para cada caso” (Brasil, 2010).

No art. 3º, § 2º do provimento em questão, o CNJ preconiza que “a atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação” (Brasil, 2010).

O CNJ reassegura, assim, a ênfase na saúde do usuário ou dependente de drogas, ou seja, prioriza o paradigma biomédico adotado pela Lei de Drogas, em relação ao jurídico-punitivo. Durante a I Jornada da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, realizada em São Paulo, em 2014, o conselho publicou três enunciados que se aplicam à problemática em questão. O primeiro deles é exposto a seguir.

Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ ou com problemas de álcool, *crack* e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), *não é recomendável a determinação a priori de internação*

psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos (grifo nosso).¹⁸

Nesse enunciado, o CNJ reafirma a proteção aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, consubstanciados nos princípios do SUS, da LRP e da Lei de Drogas, ao exigir que a pessoa receba atenção integral em saúde mental, e que sua internação – voluntária, involuntária ou compulsória – seja instruída com laudo médico circunstanciado ou projeto terapêutico singular elaborados por profissionais que atuem no sistema público de saúde.

O enunciado nº 3 versa sobre judicialização e se aplica ao que aqui denominar-se-á *judicialização negativa* da saúde mental, uma vez ser desnecessária – como alerta o CNJ no enunciado – quando não equivocada e prejudicial: “recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária”.¹⁹

O enunciado nº 5 orienta cautela aos magistrados, em relação ao julgamento de processos que envolvam, entre outras temáticas, internação compulsória e que, em virtude da sua complexidade, exijam mais provas (como avaliação psiquiátrica para emissão de laudo pericial).

Durante a II Jornada da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, realizada também em São Paulo, em 2015, foi estabelecido – por meio do enunciado nº 48 – que “as altas de internação hospitalar de paciente, inclusive de idosos e toxicômanos, independem de novo pronunciamento judicial, prevalecendo o critério técnico profissional do médico”.²⁰ Aqui, o entendimento é que a alta (da internação) é ato médico e não judicial.

Apesar de os enunciados não terem força vinculante, como é o caso das súmulas, eles são utilizados pelos magistrados como importantes guias decisórios, em suas sentenças e acórdãos.

3.2 Acórdãos do TJDFT

A pesquisa jurisprudencial – aqui representada pela análise de decisões de segundo grau ou instância – realizada entre 2016 e 2017 (janeiro), no sítio do TJDFT, utilizou as palavras-chave internação compulsória e internação involuntária. Por meio delas, foram obtidos 132 resultados (acórdãos), sendo 121 com os descritores internação compulsória e onze com internação involuntária. Desse total, foram descartados

18. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf>.

19. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf>.

20. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>>.

os prolatados antes de 2001 – ano de promulgação da LRP, que dispõe sobre ambas as modalidades de internação – e depois de dezembro de 2016. Também foram excluídos da amostra as decisões que: *i)* envolviam adolescentes, pois a Lei de Drogas não se aplica a eles; *ii)* versavam sobre a internação forçada de pessoa com transtorno mental diverso da dependência de drogas; e *iii)* tinham por objeto questões diversas da internação e do uso e da dependência de drogas, tais como transtornos mentais, sociopatia, periculosidade, medida socioeducativa e indenização por danos morais. Restou um universo de 98 decisões, que serão aqui analisadas.

Cabe ressaltar que essa amostra não é estatisticamente relevante, pois, além dos filtros realizados pela própria pesquisadora, se desconhece o montante total de pedidos de internação involuntária e compulsória que ingressaram no TJDFT nesses quinze anos. Esses pedidos feitos nas varas de família tramitam em segredo de justiça, o que impossibilita o acesso aos autos desses processos. Ademais, as decisões emanam de apenas um entre 27 tribunais: o do Distrito Federal e Territórios.

Feitas essas ressalvas, o propósito desse levantamento foi buscar identificar como os atores do sistema de justiça – magistrados, promotores de justiça e defensores públicos/advogados, ou os que a eles recorrem – e as partes do processo tratam a questão das internações forçadas (involuntária e compulsória), no que se refere a usuários e dependentes de drogas. Em outros termos, buscar-se-á identificar qual é ou quais são os paradigmas mobilizados pelos julgadores e quais são os fundamentos científicos, teórico-doutrinários e normativos utilizados para a solicitação, manutenção ou refutação dessas modalidades de internação.

3.2.1 Usuário ou dependente

De forma simples, a distinção biomédica entre usuário e dependente de drogas apoia-se em critérios que classificam as formas de uso em controladas ou descontroladas, funcionais ou disfuncionais, quer de drogas lícitas, quer de drogas ilícitas. Para caracterizar o abuso ou a dependência de drogas, profissionais da saúde e o SUS utilizam a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).²¹

A Lei de Drogas, por sua vez, não apresenta critérios objetivos para caracterizar quem é usuário ou dependente. Apenas prevê no seu art. 28, § 7º, em conformidade com a LRP, que cabe ao juiz determinar ao Poder Executivo a oferta

21. Para melhor dialogarmos com a legislação vigente, mantivemos a nomenclatura adotada pela Lei de Drogas, a Lei nº 11.343/2006, qual seja: “uso e dependência de drogas” e “usuário e dependente de drogas”. De acordo com Araújo (2017, p. 56), “uma pessoa que usa drogas pode se encontrar em qualquer desses estágios de consumo [experimentador; usuário ocasional; usuário habitual] e não ser um dependente ou mesmo um usuário problemático. Entre usuários de drogas, apenas uma minoria se torna dependente ou faz uso problemático”. A dependência, por sua vez, é “definida como um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. Há, na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o consumo da substância” (Dalgallarrondo, 2008, p. 345).

de tratamento gratuito e preferencialmente em meio extra-hospitalar àqueles que assim forem considerados.

Diante do anteriormente exposto, e assumindo que o termo uso ou usuário de drogas foi corretamente empregado, temos dezessete decisões (17%) que versam sobre o uso de drogas, o qual não constituiria, em princípio, um problema de saúde mental, pois, conforme estudiosos do campo da saúde, não impactaria necessariamente a funcionalidade do indivíduo. Mas essa conduta é um problema para o direito penal, pois é tipificada como crime, pelo art. 28 da Lei de Drogas.²² Entretanto, a complexidade da questão aumenta se considerarmos que apenas 6% dos recursos estudados são da área criminal. Os demais recursos são relativos à área cível.

A dependência de drogas, por seu turno, é perpassada tanto pelo paradigma biomédico, pois é classificada como transtorno mental (segundo CID-10 e *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – DSM-5),²³ quanto pelo paradigma jurídico-punitivo. Aparece como causa de pedir²⁴ a internação forçada em 74 (75%) das 98 decisões analisadas.

TABELA 1
Causa de pedidos de internações forçadas no TJDFT (2001-2016)

Menção a uso e dependência de drogas	Quantidade	%
Dependência de droga ilícita	12	12
Dependência de droga lícita	13	13
Dependência de droga lícita e ilícita	16	16
Dependência de drogas	33	34
Não informado	7	7
Uso de droga ilícita	4	4
Uso de droga lícita	2	2
Uso de droga lícita e ilícita	3	3
Uso de drogas	8	8
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Elaboração da autora.

3.2.2 Tipos de drogas

Como exposto na seção 2, um argumento adotado pelos meios de comunicação, autoridades e familiares para justificar a realização de internações forçadas de

22. Parte da doutrina e da jurisprudência entende que essa lei “despenaliza” o porte de drogas para consumo próprio, uma vez que não prevê, para esse crime, penas privativas de liberdade.
23. A sigla DSM-5 vem do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
24. *Causa de pedir* é expressão jurídica, que pode ser sintetizada como “(...) o conjunto de circunstâncias que possibilitam o autor [da ação] fundamentar juridicamente seu pedido ao promover uma ação judicial” (Diniz, 1998, p. 536).

usuários ou dependentes de drogas é a existência de uma suposta epidemia do *crack*. Partindo disso, buscou-se verificar a frequência com que drogas lícitas e ilícitas aparecem nas decisões analisadas.

Entre todas as drogas explicitamente mencionadas, lícitas e ilícitas, o álcool é a que mais se destaca. Ele aparece como causa exclusiva em 25 (26%) das decisões ou, associada, em três (3%) dos pedidos de internação involuntária ou compulsória.

TABELA 2
Tipos de drogas lícitas que motivam pedidos de internação judicial (2001-2016)

Substância	Quantidade	%
Álcool	25	26
Inalantes	1	1
Não informado	67	68
Solvente	2	2
Álcool e tabaco	2	2
Álcool e benzodiazepínicos	1	1
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

O *crack* é a droga ilícita mais utilizada por aqueles para os quais se demandam internações forçadas. Representa 21% dos pedidos de internação, sendo 17% deles por dependência exclusiva e 4% por dependência junto a outras drogas ilícitas.

TABELA 3
Tipos de drogas ilícitas que motivam pedidos de internação forçada (2001-2016)

Substância	Quantidade	%
Cocaína	3	3
Cocaína, maconha e <i>crack</i>	2	2
<i>Crack</i>	17	17
<i>Crack</i> e cocaína	2	2
Maconha	1	1
Maconha e cocaína	2	2
Maconha, merla e <i>crack</i>	2	2
Não informado	69	70
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

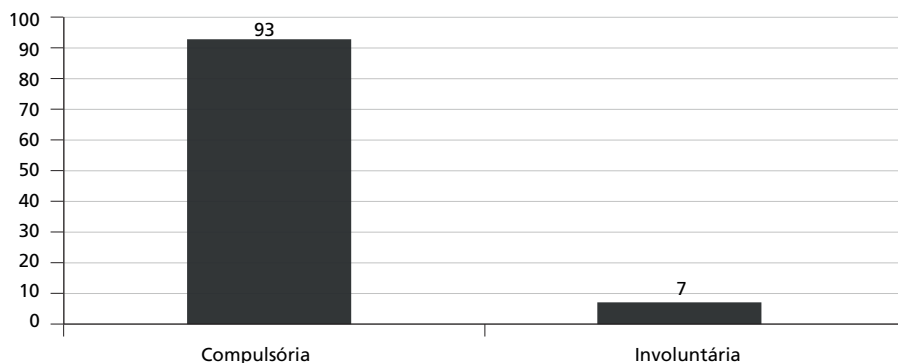
Esses dados refletem o exposto em publicação do Ministério da Saúde, em que se verifica que “(...) o álcool permanece com maior registro de atendimentos pelo SUS no país (...) e por 93,5% de óbitos por transtornos mentais devidos ao uso

de substâncias psicoativas no Brasil, seguida por múltiplas drogas (F19) e cocaína e derivados (F14)” (Brasil, 2015b, p. 39-40).

3.2.3 Tipo de internação demandada

Nas decisões analisadas, a demanda das partes era em 93% dos casos por internações compulsórias, conforme mostra o gráfico 1.

GRÁFICO 1
Tipo de internação demandada
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

A despeito das internações involuntárias dispensarem a intervenção do Poder Judiciário, segundo a LRP, verificou-se que o referido órgão decidiu em sete pedidos dessas internações de usuários ou dependentes de drogas. Essa atuação pode ser explicada da seguinte forma: há uma confusão entre ambos os tipos de internação, que pode ser confirmada, inclusive, pela leitura dos acórdãos, em que são utilizados os mesmos argumentos e fundamentos para pedir ou decidir sobre elas.

Outra controvérsia jurídica recorrente, em relação às internações forçadas, refere-se à suposta necessidade de interdição civil prévia daqueles para os quais se demanda internação junto ao Poder Judiciário. A controvérsia se deve, em boa medida, à já mencionada confusão entre os dois tipos de internação forçada. Trechos reproduzidos a seguir, de acórdãos que autorizam ambos os tipos de internação, ilustram este ponto.

Acórdão sobre internação compulsória: “rejeita-se a preliminar de exigência de prévia interdição civil como condição para a *interdição [sic] compulsória* por não encontrar respaldo legal” (Acórdão nº 764.748, de 2014, do TJDF, grifo nosso).²⁵

25. Disponível em: <<https://bit.ly/2EdLMY1>>.

Outro acórdão, desta feita sobre internação involuntária: “os pais têm legitimidade ativa para requerer a *internação involuntária* do filho dependente químico, portador de doença mental, independentemente da interdição civil (art. 6º, II e III, da Lei nº 10.216/2001)” (Acórdão nº 864.121, de 2015, do TJDF, grifo nosso).²⁶

Após o ingresso da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) no ordenamento jurídico brasileiro,²⁷ a interdição vem sofrendo duros golpes, e sua extinção na ordem jurídica interna já foi decretada por diferentes doutrinadores.²⁸

Apesar de menos de um terço dos acórdãos possibilitarem conhecer a situação da pessoa para quem se demanda a internação forçada, 21% das decisões que trazem esta informação indicam que a pessoa em questão teria sido interditada (tabela 4). Talvez não seja ocioso dizer que essa medida fere os direitos das pessoas com deficiência, entre as quais se incluem aqueles diagnosticados como dependentes de drogas.²⁹

TABELA 4

Pessoas civilmente interditadas, para as quais se requereu internação forçada (2001-2016)

Interdição	Quantidade	%
Não	7	7
Não informado	70	71
Sim	21	21
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.

Elaboração da autora.

Outro aspecto relevante que envolve ambas as modalidades de internação é o cumprimento da exigência de comprovação da sua necessidade, por meio de laudo médico circunstanciado. Chama atenção o fato de 21% dos pedidos de internação não terem sido acompanhados de laudo médico, o que, por si só, deveria ensejar a denegação do pedido da internação forçada, o que nem sempre ocorre.

26. Disponível em: <<https://bit.ly/2SFpYIG>>.

27. A CDPD e seu protocolo facultativo foram ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o previsto na CF/1988, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno. A CDPD foi regulamentada pela Lei nº 13.146/2015, conhecida como LBI ou EPD.

28. Sobre interdição, ver Alencar, Daltin e Musse (2016).

29. Para a CDPD e a LBI, “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2012, p. 26; 2015c, art. 2º).

TABELA 5
Laudo médico circunstanciado (2001-2016)

Laudo médico circunstanciado	Quantidade	%
Não	21	21
Não informado	24	24
Sim	53	54
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdf.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

Também não se pode afirmar que todos os 53 (54%) laudos médicos ou multi/interdisciplinares acrescentados aos autos dos processos cumprem o requisito de fundamentação pormenorizada expresso na LRP.

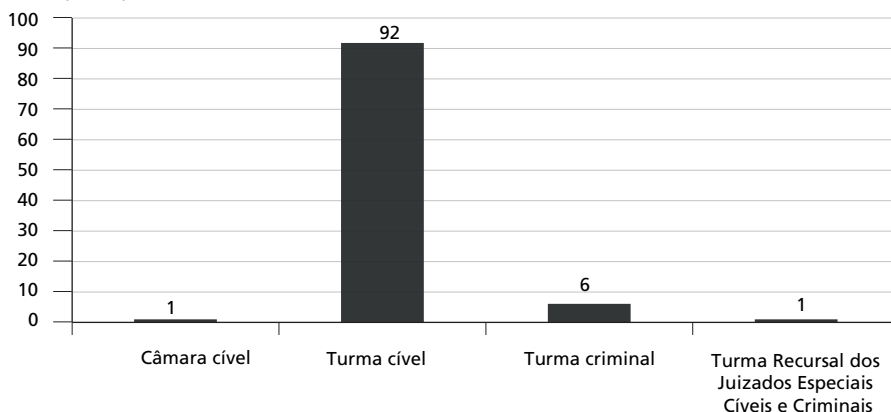
3.2.4 Órgão julgador³⁰

O argumento central deste texto é que as internações forçadas não estão previstas no art. 28 da Lei de Drogas, que é uma lei criminal – nem como pena, nem como tratamento do usuário ou dependente de drogas. Reforçando esse entendimento, a Lei de Drogas mostra-se alinhada com a normativa internacional e com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, ao estabelecer que a atenção psicossocial será ofertada ao usuário ou dependente, preferencialmente em serviços ambulatoriais (art. 28, parágrafo único), ou seja, que sua internação, em qualquer modalidade, é medida excepcional.

Sendo assim, buscou-se identificar se as demandas por internações forçadas, no âmbito do TJDF, têm sido apreciadas por órgãos julgadores cíveis ou criminais (gráfico 2).

30. A definição do órgão do Poder Judiciário responsável por julgar os pedidos e os recursos sobre internação forçada depende do motivo e de quem pede, por exemplo. Se o pedido de internação forçada é feito por familiar, o processo é distribuído para vara de família (direito civil). Caso o pedido seja para que o Poder Executivo do Distrito Federal custeie a internação – o que envolve desembolso de recursos públicos –, a ação deverá ser apreciada pelo juízo da Fazenda Pública (direito administrativo). Na hipótese de a ação envolver a prática de crime, será julgada por juiz criminal (direito penal/criminal). Se o problema for o crime de uso de drogas, o processo deverá ser direcionado para uma vara do Juizado Especial Criminal (direito penal/criminal). Se uma das partes não concorda com a decisão do juiz (com a sentença), ela pode recorrer. Quando há recurso, o processo “sobe” para a segunda instância, a fim de ser apreciado pelos desembargadores, que decidem de forma colegiada e atuam em órgãos julgadores (câmaras ou turmas) que podem ser divididos em cíveis e penais/criminais. As decisões colegiadas dos desembargadores – e dos ministros dos tribunais superiores, como o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) – são chamadas de acórdãos.

GRÁFICO 2
Órgão julgador
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Elaboração da autora.

A quase totalidade dos recursos (93%) foi apreciada por órgãos cíveis (Câmara³¹ e turmas cíveis) e apenas 7% dos recursos foram julgados na esfera criminal, o que ratifica a hipótese de que as internações forçadas, especialmente as compulsórias, vêm sendo recorrentemente decididas como questões cíveis (e administrativas) e não como questão criminal.

Até o início da vigência da LBI, em 2 de janeiro de 2016, havia um caso particular de uso autorizado de internação compulsória pela legislação cível brasileira: o de pessoas interditadas, decorrentes de transtorno mental ou de transtornos provocados pelo uso de substâncias. De acordo com o revogado art. 1.777 do Código Civil Brasileiro, os curadores dos indivíduos interditados podiam interná-los compulsoriamente quando não se adaptassem ao convívio doméstico. Essa forma de internação compulsória, antiga e excludente, estava na contramão da normativa internacional, notadamente da CDPD, da atual ordem constitucional brasileira, de leis mais recentes, tais como a própria LBI e a LRP, e das políticas públicas de atenção psicossocial. Ela fere também a Lei de Drogas, que prevê que o poder público deverá colocar à disposição do usuário de drogas, gratuitamente, tratamento a ser realizado, preferencialmente, em ambulatório, ou seja, em serviço extra-hospitalar aberto.

O Ministério Público brasileiro reconhece os problemas desse dispositivo. A Comissão Permanente de Saúde do Grupo Nacional de Direitos Humanos (COPEDS), do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça, elaborou

31. De acordo com o parágrafo único do art. 2º do Regimento Interno do TJDF, o tribunal possui três Câmaras especializadas – duas cíveis e uma criminal – e nove turmas – seis cíveis e três criminais. Já o art. 16 diz que cada turma compõe-se de quatro desembargadores e reunir-se-á na presença de, no mínimo, três julgadores.

e aprovou, em março de 2014, o seguinte enunciado, a ser seguido por promotores de Justiça e procuradores da República:

a internação compulsória é medida excepcional na conduta terapêutica do paciente em saúde mental (nos termos da Lei 10.216/2001), após esgotados todos os recursos extra-hospitalares, não necessitando do procedimento de interdição, sendo que sua determinação judicial deve ser amparada em laudo técnico circunstanciado, indicando os motivos que a justificam.³²

Ciente do problema, o Ministério Público deverá, em conformidade com suas atribuições, intensificar a fiscalização das internações forçadas de pessoas que fazem uso ou são dependentes de drogas, a fim de resguardá-las de eventuais abusos.

3.2.5 Tipos de recurso

Simplificadamente, pode-se dividir os recursos em cíveis (conflito de competência,³³ apelação e agravo de instrumento³⁴); administrativos (reexame necessário e remessa de ofício), também julgados pelas turmas cíveis; e criminais (*habeas corpus*, apelação criminal e agravo em execução³⁵). Conhecer os tipos e porcentagens dos recursos em ações sobre internações forçadas auxilia-nos a verificar aqueles tipos mais frequentes (cíveis e administrativos ou criminais) envolvendo essas internações, o que reforçaria ou refutaria a hipótese de migração do debate, no Poder Judiciário sobre as internações forçadas, do âmbito penal para o cível/administrativo.

TABELA 6
Tipos de recurso no TJDFT (2001-2016)

Tipo de recurso	Quantidade	%
Agravo (de instrumento)	26	27
Agravo (de execução penal)	1	1
Apelação (cível)	31	32
Apelação (criminal)	1	1
<i>Habeas corpus</i> (cível)	1	1
<i>Habeas corpus</i> (criminal)	5	5
Reexame necessário	30	31
Remessa de ofício	2	2
Conflito de competência	1	1
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Elaboração da autora.

32. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mp.br/temas-de-atuacao/saude/COPEDS/ata-da-1a-reuniao-coped-12a14mar2014>>.

33. O art. 21, inciso I, do Regimento Interno do TJDFT estabelece a competência das câmaras cíveis para processar e julgar os conflitos de competência.

34. O julgamento de apelação e agravo de instrumento bem como de *habeas corpus* referente à prisão civil decretada por magistrado de primeiro grau são de competência das turmas cíveis, de acordo com o art. 26, inciso I, alíneas a e b e inciso II, do Regimento Interno do TJDFT.

35. De acordo com o art. 27, incisos I e II, do Regimento Interno do TJDFT, compete às Turmas Criminais julgar apelação criminal, recurso de agravo em execução, *habeas corpus* impetrado contra decisão de magistrado de primeiro grau e *habeas corpus* impetrado contra ato emanado de Turma Recursal dos Juizados Especiais Criminais.

A apelação cível (32%) é o tipo de recurso mais utilizado pelas partes dos processos sobre internação compulsória e involuntária, seguido do reexame necessário (31%) e do agravo de instrumento (27%), todos julgados por órgãos (Câmara e turmas) cíveis. Somados, os recursos cíveis – agravo de instrumento (27%), apelação cível (32%), conflito de competência (1%) e *habeas corpus* (cível) (1%) – equivalem a mais de 60% do total de recursos. Se acrescentarmos os recursos administrativos – reexame necessário (31%) e remessa de ofício (2%) – a essa porcentagem, chega-se a 94% dos recursos, dos quais apenas 7% são da área penal/criminal.

Esses achados confirmam a hipótese de migração do debate, no Poder Judiciário, das internações forçadas do âmbito penal para o cível/administrativo, com consequências importantes em relação a direitos de usuários ou dependentes de drogas.

O alto índice de recursos administrativos (33%) deve-se à exigência de se recorrer da sentença, quando o poder público, nesse caso, o Distrito Federal, perde ou é obrigado a pagar algo. Muitos processos sobre internações forçadas envolvem *obrigação de fazer*, ou seja, exigem que o Estado forneça atendimento em saúde mental a despeito de haver ou não dispositivos em saúde mental e recursos públicos disponíveis para tal. Essas questões são de competência das varas da Fazenda Pública, cabendo “(...) ao juízo fazendário decidir sobre a obrigação ou não do Distrito Federal de fornecer o tratamento, mas não decidir sobre a internação compulsória em si” (Acórdão nº 620.874, de 2012, do TJDF).³⁶

Esse é um argumento relevante, não só porque envolve recursos públicos, mas porque chama a atenção para um equívoco que, se não estimula, corrobora a propositura e o deferimento de pedidos de internação forçada, qual seja: a compreensão generalizada de que, dada a insuficiência dos recursos extra-hospitalares e/ou públicos, o acesso à saúde mental dar-se-á via internação compulsória, determinada pelo Poder Judiciário. Entretanto, se demonstrada a referida insuficiência da atenção ofertada pela rede de atenção psicossocial do SUS, a compulsoriedade volta-se contra o poder público e não para a pessoa que necessita do tratamento. Em outros termos, o Distrito Federal é quem deverá suportar o ônus financeiro do tratamento, na modalidade de internação, a qual, por sua vez, mesmo que determinada judicialmente, será voluntária, caso o usuário ou dependente de drogas queira ser assim tratado, ou esteja de acordo com ela. Será involuntária se o pedido for apresentado por um familiar ou responsável, sem a concordância daquele que será submetido à internação, como será visto adiante.

36. Disponível em: <<https://bit.ly/2GfoRhC>>.

3.2.6 Quem recorre

A maioria dos recursos (66%) contra decisões (sentenças) dos juízes de primeiro grau é apresentada pelos próprios usuários ou dependentes de drogas ou por um familiar, a pretexto de estarem buscando o reconhecimento da dignidade humana e a efetivação do direito à vida e à saúde, entre outros.

TABELA 7
Recorrente no TJDFT (2001-2016)

Recorrente	Quantidade	%
Assistência jurídica gratuita	3	3
Distrito Federal	28	29
Ministério Público	1	1
Pessoa física	65	66
Poder Judiciário	1	1
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

Em segundo lugar aparece o Distrito Federal com 29% dos pedidos de recursos em virtude do reexame necessário/remessa de ofício. Cabe destacar que, de acordo com a LRP, se o próprio usuário ou dependente de drogas requerer sua internação, tem-se uma *internação voluntária*. Entretanto, como vem sendo dito ao longo deste capítulo, verifica-se que, a despeito de o usuário ou dependente de droga não apresentar resistência ou discordância com a internação, o pedido é de internação compulsória. Ilustra o equívoco envolvendo a problemática um trecho de decisão do TJDFT:

na origem, C.E.P.S. ajuizou ação de conhecimento em desfavor do Distrito Federal, objetivando compelir o réu a assegurar a sua internação para tratamento psiquiátrico, [na modalidade de internação compulsória, de acordo com a ementa do acórdão] conforme orientação do Centro de Atenção Psicossocial do Guará II, em qualquer hospital da rede pública de saúde ou a custear a internação na rede privada (Acórdão nº 968.394, de 2016, do TJDFT).³⁷

Se a internação é solicitada por familiar, diz-se que é uma internação psiquiátrica involuntária (IPI). Quer na modalidade de voluntária, quer na involuntária, a atuação do Poder Judiciário não é exigível e nem desejável, posto tratar-se de medida afeta à área de saúde mental e não judicial, de caráter excepcional de acordo com a LRP.

37. Disponível em: <<https://bit.ly/2Gp7StB>>.

Como dito em tópico anterior, o acionamento do Poder Judiciário, via pedidos de internações forçadas, deve-se, em vários casos, à impossibilidade de o usuário ou dependente de drogas arcar com os custos do próprio tratamento e não porque não queira se tratar ou tenha praticado algum crime. Se a questão é financeira, o que está em jogo é a obtenção do financiamento público do tratamento pretendido, envolve a concretização de um direito humano e fundamental e não uma resposta extrema, de cunho jurídico-punitivo ou biomédico como a internação compulsória. Nesse sentido, trazemos trecho de ementa de acórdão do TJDFT.

Constitucional. Administrativo e processual civil. Reexame necessário. Ação de obrigação de fazer. Internação compulsória para tratamento de dependência química. Necessidade comprovada. Obrigação do Estado.

(...)

2. Diante da necessidade de pessoa economicamente desamparada ser submetida à internação compulsória em razão de dependência química, deve o Estado ser compelido a assegurar o tratamento indicado, na rede pública, ou custear o procedimento na rede particular.
3. Remessa oficial conhecida e não provida (Acórdão nº 968.394, de 2016, do TJDFT).³⁸

A busca por acesso a equipamentos públicos de saúde mental ou ao financiamento público do tratamento da adicção em dispositivo privado, na modalidade de internação, pela via judicial, deve se apresentar como instrumento de garantia e efetivação e não de violação de direitos da pessoa que faz uso abusivo de álcool ou outras drogas.

3.2.7 Contra quem se recorre

No polo inverso do item anterior, o Poder Executivo distrital aparece com maior frequência, tanto singularmente considerado (18%) quanto associado a terceiros (44%). O acolhimento do pedido, ou seja, a autorização da internação involuntária ou compulsória às expensas do poder público torna o Distrito Federal o “recorrido” mais frequente.

TABELA 8
Recorrido no TJDFT (2001-2016)

Recorrido	Quantidade	%
Distrito Federal	18	18
Distrito Federal e outros	4	4
Distrito Federal e usuário	38	39
Distrito Federal, genitores e usuário	1	1

(Continua)

38. Disponível em: <<https://bit.ly/2Gp7StB>>.

(Continuação)

Recorrido	Quantidade	%
Juizado Especial Criminal	1	1
Ministério Público	2	2
Pessoa física	3	3
Usuário	9	9
Usuário representado	8	8
Vara Criminal	2	2
Vara de Família	2	2
Juízo do Tribunal do Júri	1	1
Pessoa física e usuário	9	9
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

O poder público figura como recorrido em mais de 50% dos casos, o que reafirma a hipótese anteriormente lançada no sentido de que pedidos de internações involuntárias e compulsórias deveriam ser apresentados na forma de obrigação de fazer.³⁹ O problema é econômico-financeiro e não criminal ou de saúde em sentido estrito, pois, não raro, as pessoas com transtornos mentais e suas famílias não dispõem de recursos próprios para o custeio de tratamento.

Ao se socorrer do Poder Judiciário para tal, a busca da efetivação do direito humano à saúde mental acaba, contudo, sendo reduzida à internação e, mais perversamente, à internação compulsória. Essa judicialização negativa da saúde mental não apenas sujeita o indivíduo à gramática judiciária, que está longe de ser a mais adequada para tratar do problema de fundo, mas também pode criar outros.

3.2.8 Argumentos jurídico-normativos utilizados

A internação é requerida principalmente com base no direito à saúde (38%). Em segundo lugar, conjugando o direito à saúde ao direito à vida, temos uma porcentagem de 14%. Vislumbra-se que o paradigma biomédico combinado com o de direitos humanos encontra-se sintetizado pelos direitos à vida e à saúde e prevalece sobre o paradigma jurídico-punitivo, que estaria representado pelo argumento exclusivo do direito à liberdade (10%).

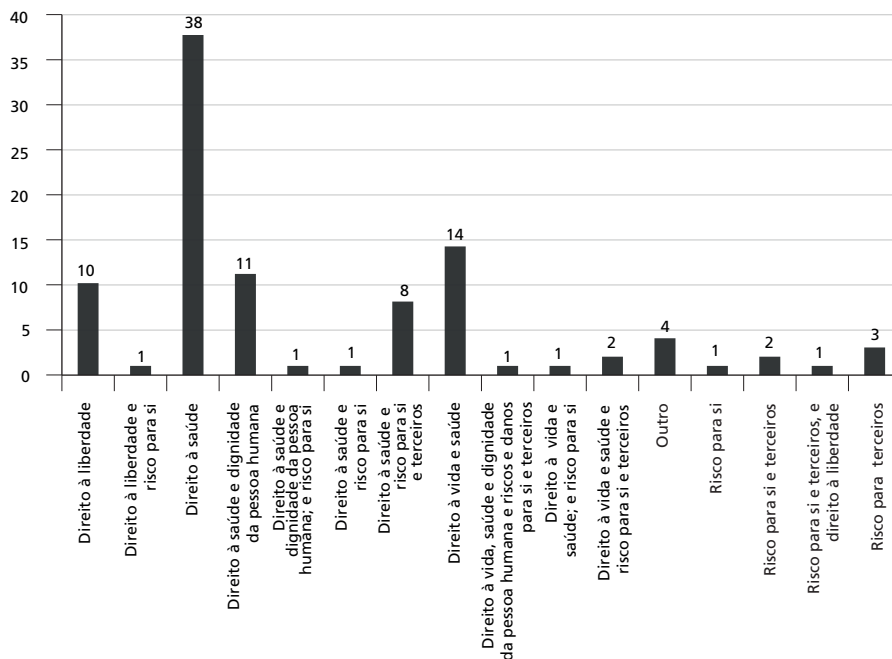
Os argumentos como risco para si (1%), risco para terceiros (3%) e risco para si e terceiros (2%), direito à liberdade e risco para si (1%), risco para si e terceiros e direito

39. A obrigação de fazer, conforme a doutrina, é aquela por meio da qual "o devedor compromete-se a prestar uma atividade qualquer, lícita e vantajosa, ao seu credor" (Azevedo, 2011, p. 47). Aplicando essa definição à problemática em análise, o Distrito Federal tem a obrigação de fornecer serviço em saúde – público ou privado – para aqueles que necessitarem.

à liberdade (1%) parecem denotar, entretanto, uma sobreposição entre os paradigmas jurídico-punitivo e biomédico, que remete, em linguagem econômica, à periculosidade.

A concepção de risco, que corresponde à extensão da racionalidade econômica para todos os setores da existência do mundo calcado no pensamento neoliberal (Foucault, 2008b – *Nascimento da Biopolítica*), é um ingrediente que vem pautando as políticas voltadas para o enfrentamento da criminalidade e, em especial, para o tratamento dispensado aos criminosos. A probabilidade de cometimento de novos crimes e a necessidade de fundamentação técnico-formal para a decisão acerca da liberação ou não de um indivíduo sujeito à intervenção estatal convertem a atuação das profissões auxiliares do sistema jurídico, como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, em verdadeiros oráculos” (Matsuda, 2009, p. 29).

GRÁFICO 3
Fundamento do pedido
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdf.jus.br/>>. Elaboração da autora.

O pedido de internação compulsória com fulcro na noção de risco – para si ou para outrem – representa 9% dos pedidos. Vimos anteriormente que essa expressão camufla a ideia de periculosidade própria do direito penal, perpetuando

o paradigma da defesa social em prejuízo do reconhecimento dos direitos humanos e fundamentais desses indivíduos.

Nessa situação, é importante que o magistrado busque comprovar o risco real que a pessoa com transtorno mental ou transtornos decorrentes do uso de drogas representa para a sua própria integridade ou de seus familiares, já que “a produção jurídica sobre o sistema de controle do Estado há de se vincular a argumentos de concreta proteção de indivíduos, e não de meros riscos hipotéticos (...). Um futuro incerto que não pode justificar a restrição de liberdade de um cidadão” (Lemos, 2013, p. 325).

Caso seja confirmado, pelo Poder Judiciário, que o comportamento da pessoa com transtorno mental decorrente do uso de drogas realmente traz risco para sua própria integridade, a internação a ser realizada é, no entanto, a involuntária. Se o risco for à integridade física ou à vida de familiares, o juiz deverá determinar a internação compulsória, pois tem-se uma questão criminal, regulada pela legislação penal brasileira.

Normativamente, os pedidos de internação estão lastreados principalmente na LRP (56%) e na combinação entre ela e a Lei de Drogas (17%). Excepcionalmente, porém, ainda podem ser encontrados pedidos de internação ou decisões embasados no Decreto nº 24.559/1934 e no Decreto-Lei nº 891/1938, que não foram recepcionados pela atual ordem jurídico-constitucional, pois são normas incompatíveis com o arcabouço normativo internacional e interno e com as políticas públicas vigentes, não devendo, portanto, ser aplicadas pelas partes ou pelos julgadores. As combinações normativas entre LRP e Lei de Drogas e a decisão com base nos revogados Decreto nº 24.559/1934 e Decreto-Lei nº 891/1938 também denotam caráter prevalentemente jurídico-punitivo, segregador dos usuários e dependentes de drogas, o que ainda reflete uma visão de defesa social.

TABELA 9
Fundamento normativo no TJDFT (2001-2016)

Fundamento normativo	Quantidade	%
Decreto nº 24.559/1934, Decreto-Lei nº 891/1938 e Lei nº 10.216/2001	2	2
Decreto nº 24.559/1934, Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 11.343/2006	1	1
Lei nº 10.216/2001	55	56
Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 11.343/2006	17	17
Lei nº 11.343/2006	1	1
Não informado	7	7
Outros	15	15
Total geral	98	100

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

Boiteux (2013, p. 74) chama a atenção para a utilização da LRP, por autoridades públicas, para justificar internações forçadas. Essa estratégia aponta, segundo a autora:

para uma saída jurídica que permite às autoridades retirar de circulação essas pessoas consideradas "indesejáveis" por sua própria condição, sem que estas tenham que ser flagradas na prática de delitos, e com redução de garantias, eis que o processo penal exige a formalização da atribuição da culpa e a presença de um advogado, dentre outras garantias constitucionais se comparado à LRP.

A reflexão citada aplica-se, também, ao sistema de justiça, que tem sido provocado e tem decidido com base na LRP, contrariamente ao seu télos. A norma que nasceu para garantir direitos e incluir pessoas tem se prestado a justificar violação de direitos humanos e fundamentais.

3.2.9 Serviços de saúde para encaminhamento

Uma questão inicial que impulsionou a realização desta pesquisa foi a possibilidade de o Poder Judiciário ou o Ministério Público estarem definindo o(s) serviço(s) ou a(s) instituição(ões) para onde o usuário ou dependente químico seria encaminhado. Essa indagação decorreu de duas fontes distintas. A primeira diz respeito aos dados qualitativos (relatório etnográfico) e quantitativos (*survey*) da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017). A segunda fonte também é originária da Diest/Ipea. Trata-se de dados qualitativos da pesquisa *Monitoramento dos Efeitos da Nova Política Uruguaia de Regulação do Mercado de Cannabis sobre a Zona de Fronteira: percepção das autoridades de segurança e dos atores do sistema de justiça criminal* desenvolvida por Cunha e Pessoa (2017) e parte integrante dessa obra.

Relatos etnográficos de ambas as pesquisas indicam haver casos de encaminhamento de usuários ou dependentes de drogas às CTs, pelo sistema de justiça. Sobre uma das CTs pesquisadas, destinada à internação voluntária de homens, maiores de idade, a pesquisadora responsável apresentou a seguinte narrativa:

a internação seria necessariamente voluntária. No entanto, há casos de pessoas que foram encaminhadas por medida judicial, o que gera uma confusão acerca do voluntarismo da internação, afinal a pessoa escolheu trocar a prisão pela internação, conforme o argumento daqueles que disseram estar internados pelo encaminhamento da justiça (relatório etnográfico).⁴⁰

Chama atenção também o caso de outra CT criada por iniciativa de uma promotora de justiça. Seu propósito inicial era acolher adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de medida de liberdade assistida, a fim de “evitar que o adolescente cometa novamente ato infracional, para isso busca-se reforçar laços

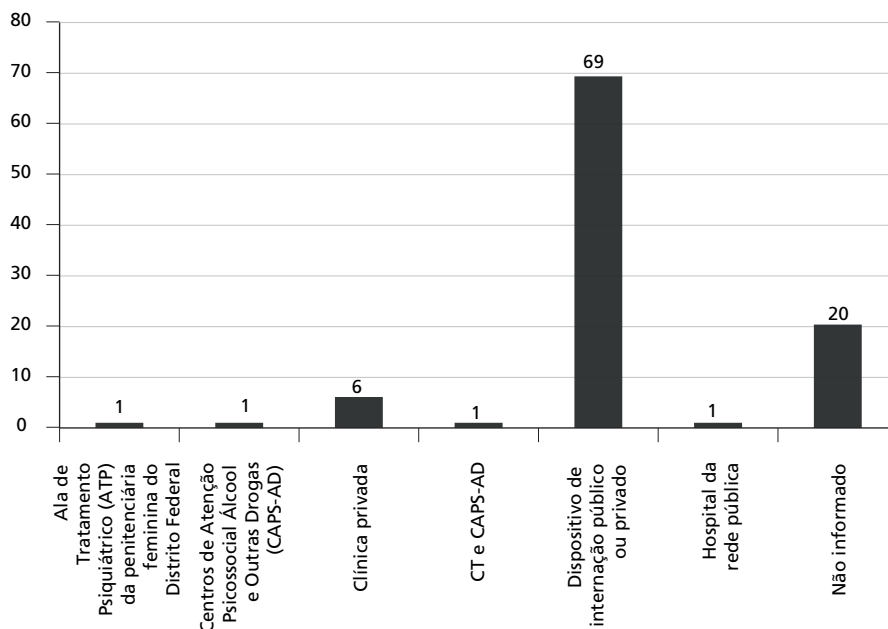
40. O relatório etnográfico é um documento de uso interno do Ipea.

familiares e comunitários” (relatório etnográfico). Entretanto, em face da inexistência de políticas públicas municipais, o trabalho foi tomando uma dimensão maior, seus objetivos foram ampliados e o local passou a atuar como uma CT, realizando o acolhimento de qualquer pessoa que ali buscasse auxílio.

Os dados quantitativos coletados pela mesma pesquisa, por seu turno, indicam que há pouca cooperação entre o sistema de justiça e as CTs (Ipea, 2017, p. 26-27).

Corroborando a excepcionalidade do direcionamento de dependentes de drogas a instituições específicas, os pedidos e as decisões sobre internação compulsória e involuntária aqui analisados são majoritariamente genéricos. O governo do Distrito Federal (GDF) deverá oportunizar, às suas expensas, ao usuário (17%) ou dependente de drogas (75%), a internação em um dispositivo de internação público ou privado (69%).

GRÁFICO 4
Serviços para encaminhamento
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

Apenas 6% das decisões mencionam internações em clínicas privadas e 1% em CT. O encaminhamento pode ser verificado no acórdão do TJDF, cujo relatório diz:

às fls. 333/335, o réu trouxe informações acerca da situação atual do autor e requereu “*autorização para transferência do autor para a Comunidade Terapêutica ACAT e continuidade do tratamento no CAPS-AD do Itapoã*” (Acórdão nº 775.957, de 2014, do TJDF).⁴¹

Nessa pesquisa, em razão das limitações decorrentes da pesquisa documental em acórdãos, e do previsto no já citado artigo 3º, § 2º, do Provimento CNJ nº 04/2010,⁴² não foi possível identificar para qual/quais dispositivo(s) de internação o GDF encaminha esses indivíduos, e nem o consequente impacto econômico do eventual direcionamento desses usuários ou dependentes de drogas para dispositivo de internação privado. Para isso, seria oportuno realizar um levantamento desses dados junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

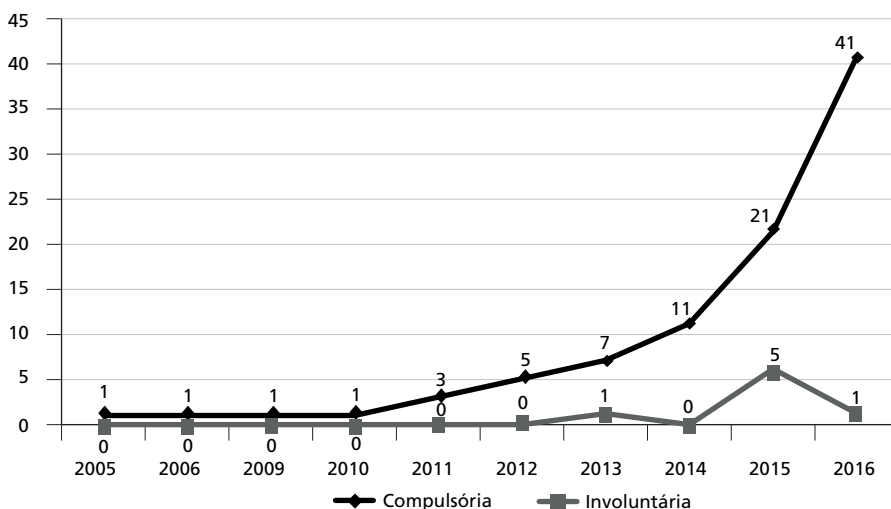
3.2.10 Internações forçadas no tempo

Pode-se afirmar que a busca pelas internações forçadas e, em especial, pela internação compulsória de usuários ou dependentes de drogas está aumentando com o passar dos anos.

GRÁFICO 5

Evolução do percentual de internações

(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Elaboração da autora.

41. Disponível em: <<https://bit.ly/2Bg8lrQ>>.

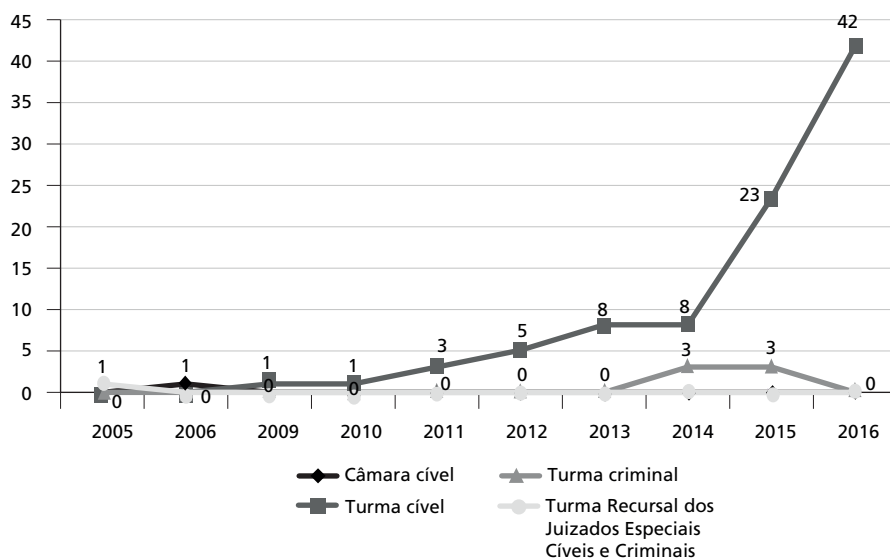
42. O Poder Judiciário deve se restringir “ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação” (Brasil, 2014).

De acordo com o gráfico 5, 2011 – um ano após o lançamento do plano Crack, É Possível Vencer – marca o início desse aumento. Entretanto, como se depreende do gráfico 6, o aumento dessas internações compulsórias em 2011 se dá na esfera cível e não no âmbito penal, área do direito em que se situa a Lei de Drogas.

O aumento da atuação do Poder Judiciário ao longo dos anos denota uma judicialização negativa da saúde mental, na área cível, sem as garantias próprias do direito penal. Mais uma vez, o paradigma dos direitos humanos perde para os da defesa social e biomédico.

GRÁFICO 6

Evolução do percentual do órgão julgador por ano de julgamento
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDF. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>.
Elaboração da autora.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em regra, a adoção das internações forçadas – individuais ou em massa – como política pública se orienta pelos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico, independentemente da prática de delito(s) diverso(s) do porte de drogas para consumo próprio e à revelia das diretrizes da OMS, das normas de direito internacional sobre direitos humanos e do atual estágio do direito administrativo e da Lei de Drogas. Nesse sentido, essas internações não possuem fundamento técnico-científico nem jurídico. Antes, essas modalidades de internações refletem uma persistente visão pautada na periculosidade e no risco, que remetem à

articulação entre o poder disciplinar e o biopoder, ao controle individual e coletivo dos corpos pelo Estado.

Caracteriza-se como exceção ao anteriormente exposto a internação involuntária embasada no risco concreto de vida para o indivíduo e/ou para outrem.

Embora aparentemente apoiadas pela população, essas medidas são rechaçadas por organismos internacionais, como a OMS, o UNODC, a OPAS e o Unicef, que se manifestaram em diferentes oportunidades sobre a inadequação e ineficiência dessas modalidades de tratamento como estratégia central. Essas instituições “explicitam que o direito à autonomia e à autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para a dependência de drogas” (OPAS/OMS, 2013). Além disso, recomendam, ainda, o investimento prioritário em ações e serviços de redução de danos e de atenção psicossocial, em meio comunitário e acessados de forma voluntária.

A internação involuntária de usuários ou dependentes é espécie de tratamento em saúde, enquanto a internação compulsória é modalidade de sanção penal. Entretanto, tem-se verificado o reconhecimento doutrinário acerca da sua possibilidade, bem como a efetiva provocação do Poder Judiciário, na esfera cível, em especial, na área de família, para a autorização dessas internações forçadas. Aqui, a família se junta à psiquiatria e ao direito enquanto instituições responsáveis pela (res)significação da vida e do comportamento de usuários e dependentes. Nesse intento, argumentos como risco para si e para terceiros (re)aparecem fundamentando esses pedidos, que, a despeito de muitas vezes não possuírem evidências justificadoras, são acolhidos pelos julgadores.

A comprovada incapacidade relativa do usuário ou dependente, que deveria impactar apenas na gestão patrimonial da pessoa, também se presta a embasar pedidos de internações forçadas, que, não raro, são autorizados por magistradas/magistrados, sob o fundamento de se garantir o direito à vida e à saúde desses usuários ou dependentes (questão de ordem existencial).

O instituto da interdição, medida substitutiva da vontade negocial do indivíduo e de caráter excepcional, foi colocado na berlinda pela CDPD, que trouxe significativa alteração da teoria das incapacidades. Contudo, a interdição mantém-se hígida na prática judicial que precede e permeia pedidos e decisões sobre internações forçadas.

Sob o pretexto de fazer o Poder Executivo garantir o acesso à saúde mental de usuários e dependentes de drogas como direito humano e fundamental, familiares vêm demandando o financiamento de internações forçadas ao Poder Judiciário, por outra via judicial: as Varas da Fazenda Pública. Com o intuito de forçar o

cumprimento de uma obrigação, devida pelo poder público, tem-se limitado a capacidade jurídica (considerando o usuário ou dependente relativamente incapaz), cerceando a autonomia e restringido o direito à liberdade, numa flagrante afronta a normas internacionais e internas de direitos humanos e fundamentais, bem como à LRP e à Lei de Drogas.

A Lei de Drogas, de 2006, trouxe importante inovação ao despenalizar o uso de substâncias e remeter seus usuários ou dependentes para cuidados de saúde (art. 28), preferencialmente na rede pública. Sendo assim, é possível dizer que ela alia os paradigmas biomédico e de direitos humanos.

A despeito disso, mais de dez anos depois do início da sua vigência, a aplicação dessa lei tem ensejado consequências indesejáveis, que apontam para sua inaplicabilidade e inefetividade. Entre elas, e contrariamente ao tólos normativo, verifica-se, por parte de autoridades públicas, a manutenção de práticas jurídico-punitivas, como o frequente enquadramento e condenação de usuários e dependentes de drogas pelo crime de tráfico, e seu consequente encarceramento, mesmo quando pequena a quantidade de drogas encontrada com eles e ainda que as principais provas consideradas pelos juízes seja a palavra do policial que realizou o flagrante (Haber, 2018). Não raro, como já identificado por outros pesquisadores aqui citados, esses indivíduos são jovens, do sexo masculino, de baixa escolaridade, negros ou pardos, que estão desempregados ou atuando no mercado informal, réus primários e sem antecedentes criminais, ou seja, representantes da “ralé” brasileira, como provocativamente Souza (2017) denomina essa parcela da população.

Corroborando as ações de alguns municípios e estados brasileiros e a despeito do posicionamento contrário a elas exposto por organismos internacionais: o Poder Legislativo brasileiro, representado pela Câmara dos Deputados, tem proposto alterações à LRP e à Lei de Drogas.

Algumas dessas alterações objetivam assegurar direitos, como é o caso dos PLs nºs 1.817/2015 e 7.912/2017. Outras, contudo, propõem alterações no art. 28 da Lei de Drogas, no sentido de autorizar a internação compulsória como estratégia central de atenção a usuários e dependentes de drogas.

O Poder Judiciário pátrio também tem adotado entendimentos divergentes sobre as internações forçadas, com importantes consequências para a vida, a saúde e a liberdade daqueles que estão submetidos a essas decisões.

A internação compulsória corresponde à quase totalidade dos pedidos de internação apresentados ao TJDF (93%), o que contraria o Enunciado nº 01/2014 do CNJ. A maioria dos pedidos envolve dependência (75%) de álcool (26%) ou de *crack* (21%), confirmando dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), que informam ser o álcool e não o *crack* a droga que demanda maior número de atendimentos do SUS.

Apenas 53 (54%) dos 98 pedidos de internação forçada apresentados ao TJDFDT foram instruídos com laudo médico circunstanciado, em observância à LRP. A ausência desses laudos, por si só, já deveria levar ao indeferimento, pelo Poder Judiciário, de pedidos de internação. Além de descumprir a lei, as decisões desses pedidos não consideram orientação do CNJ, exposta no enunciado nº 5/2014, que pede cautela aos magistrados em relação ao julgamento de processos que envolvam, entre outras temáticas, internação compulsória. Esse enunciado recomenda que, em virtude da complexidade do tema das internações compulsórias, os magistrados exijam mais provas para deferi-los (como avaliação psiquiátrica para emissão de laudo pericial).

O pedido de interdição ou a situação de interditado da pessoa é informado em 21 (21%) dos casos. Entre os acórdãos examinados, 93% foram julgados por turmas cíveis e por câmara cível, o que reflete uma estratégia de encarceramento sem a prática de crime, uma burla às atuais políticas de saúde mental e de drogas, que preconizam a atenção comunitária e a despenalização do porte de drogas ilícitas para consumo próprio.

Paradoxalmente, os próprios usuários ou dependentes – por si ou por meio de familiares – figuram como os principais recorrentes (66%) das decisões de primeiro grau. Essa contradição, que traz várias consequências para o indivíduo, além de implicar custos econômicos para ele e para o Estado, parece refletir o entendimento de que o acesso à saúde dar-se-á por intermédio da provocação do Poder Judiciário, via internação compulsória, numa autêntica judicialização negativa da saúde mental. Essa hipótese soa plausível quando se verifica que a maior porcentagem de recursos (18%) é contra o Distrito Federal ou contra o Distrito Federal e outros (44%). Aqui, também, se vislumbra um descompasso entre as orientações do CNJ e as decisões. No enunciado nº 3/2014 do referido conselho, recomenda-se ao autor da ação a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária.

As internações forçadas são requeridas principalmente com base no direito à saúde (38%) ou nos direitos à saúde e à vida. Vislumbra-se que o paradigma biomédico combinado com o de direitos humanos encontra-se sintetizado pelos direitos à vida e à saúde e deve prevalecer sobre o paradigma jurídico-punitivo, que estaria representado pelo argumento exclusivo do direito à liberdade (10%). Entretanto, como debatido, os argumentos como risco para si (1%), risco para terceiros (3%), risco para si e terceiros (2%), direito à liberdade e risco para si (1%), risco para si e terceiros e direito à liberdade (1%) parecem denotar uma sobreposição entre os paradigmas jurídico-punitivo e biomédico, que remete, em linguagem econômica, à periculosidade.

Juridicamente, chama atenção a inexistência de fundamentação dos pedidos em normas internacionais, quer sejam as três convenções sobre drogas, quer sejam, especialmente, os instrumentos de proteção aos direitos humanos de usuários ou dependentes de drogas. Esse achado corrobora pesquisa realizada com magistrados do Rio de Janeiro, há mais de dez anos, denotando a persistência e amplitude desse estado de coisas, qual seja, a provável relação entre o não reconhecimento da aplicabilidade de normas internacionais às questões aqui enfrentadas e um conhecimento precário do tema, ou mesmo o seu desconhecimento (Cunha, 2005, p. 149).

Verifica-se, ainda, no plano normativo, que os pedidos de internação estão lastreados principalmente na LRP (56%) e na combinação entre a LRP e a Lei de Drogas (17%). Entretanto, excepcionalmente, ainda podem ser encontrados pedidos de internação ou decisões embasados em normas não recepcionadas pela CF/1988, tais como o Decreto nº 24.559/1934 e o Decreto-Lei nº 891/1938.

Esse cenário denota a prevalência do paradigma jurídico-punitivo, segregador dos usuários e dependentes de drogas, o que reflete uma visão de *defesa social*, mesmo quando a questão é decidida na esfera cível. Nesse caminhar, parece se confirmar a hipótese de que as internações forçadas são a outra face do encarceramento em massa.

Geralmente, as decisões determinam que o poder público oportunize, às suas expensas, ao usuário (17%) ou dependente de drogas (75%), a internação em um dispositivo de internação público ou privado (69%), sem especificar qual deve ser esse equipamento, o que reflete o disposto no Provimento CNJ nº 04/2010, art. 3º, § 2º, a saber: “a atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação” (Brasil, 2010).

Por fim, verificou-se o aumento contínuo e preocupante das decisões cíveis envolvendo internações forçadas, cujo ápice deu-se em 2011, um ano depois do lançamento do plano Crack, É Possível Vencer. Esse aumento da atuação do Poder Judiciário, na área cível, ao longo dos anos, denota a mencionada judicialização negativa da saúde mental, sem a rede de garantias próprias do direito penal. Mais uma vez, o paradigma dos direitos humanos perde para o jurídico-punitivo ou da defesa social e para o biomédico.

Percebe-se, hodiernamente, um movimento que busca, em síntese, retomar a centralidade da internação como modelo de tratamento em saúde mental e de transtornos por uso de drogas, por meio da expansão de serviços e leitos hospitalares. No Poder Executivo federal, esse processo faz-se perceber pela edição da Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) nº 01/2018. Na esfera

Legislativa federal, pela criação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica.

A Resolução Conad nº 01/2018 – que acolhe boa parte do PL nº 7.663/2010 (tramitando, com alterações, no Senado como PLC nº 37/2013), de autoria de Osmar Terra e analisado na subseção 2.2 deste capítulo – busca realinhar a Política Nacional sobre Drogas, numa abordagem pautada “pela ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, *promoção da abstinência*, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes” (Brasil, 2018, art. 1º, inciso III, grifo nosso). Essa reorientação marca uma guinada nas políticas públicas em saúde mental, drogas e segurança pública, cuja análise não é pertinente neste texto e nesta seção. Entretanto, cabe ressaltar que o Poder Executivo não pode afastar as normas internacionais e internas vigentes e atuar como se legislador fosse. Compete a ele regulamentar leis, por meio de portarias e resoluções. E as leis que atualmente pautam qualquer regulamentação nas áreas de saúde mental e drogas, inclusive as internações forçadas – sem descuidar dos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos que se aplicam à questão –, são a LRP e a Lei de Drogas, cujos princípios e regras não se coadunam com a citada resolução.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. P.; DALTIM, D. A.; MUSSE, L. B. Da interdição civil à tomada de decisão apoiada: uma transformação necessária ao reconhecimento da capacidade e dos direitos humanos da pessoa com deficiência. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 3, nº 2, p. 226-247, jul. 2016.

ARAÚJO, T. **Guia sobre drogas para jornalistas**. São Paulo: IBCCRIM-PBPD-Catalize-SSRC, 2017.

AZEVEDO, Á. V. **Teoria geral das obrigações e responsabilidade civil**. São Paulo: Atlas, 2011.

BOITEUX, L. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, Belo Horizonte, v. 7, nº 25, p. 53-80, jan./abr. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 9 abr. 2001.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 11 jan. 2002.

_____. Lei nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 24 ago. 2006.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 4, de 26 de abril de 2010. Define medidas com vistas à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária na implantação das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, nos termos do art. 28, § 7º, da Lei nº 11.343/2006. Brasília: CCNJ, 17 jun. 2010.

_____. Projeto de Lei nº 1.144, de 26 de abril de 2011. Acrescenta o inciso IV ao art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para fixar a pena de internação compulsória para tratamento dos usuários de drogas e bebidas alcoólicas. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 2011.

_____. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. 4. ed. Brasília: SNPD/SDH, 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoascomdeficiencia.pdf>>.

_____. Projeto de Lei nº 7.270, de 19 de março de 2014. Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072, de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 2014.

_____. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>.

_____. **Saúde mental em dados 12**. Brasília: SAS/DAPES, out. 2015b. ano 10, n. 12. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, jul. 2015c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>.

_____. Projeto de Lei nº 8.018, de 5 de julho de 2017. Acresce parágrafo único ao artigo 3º da Lei nº 10.216, de 2001, de modo a tornar mais eficiente o processo de internação compulsória. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 2017.

_____. Resolução nº 01, de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), aprovada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Lex Magister**, Brasília, 9 mar. 2018.

CAMPOS, M. S. Entre doentes e bandidos: a tramitação da Lei de Drogas (nº 11.343/2006) no Congresso Nacional. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 156-173, jan. 2015.

CAMPOS, M. S.; ALVAREZ, M. C. Pela metade: implicações do dispositivo médico-criminal da “nova” Lei de Drogas na cidade de São Paulo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 45-73, ago. 2017.

CARVALHO, S. Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas. In: LOPES, L. E.; BATISTA, V. M. **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”**. Rio de Janeiro: Revan, 2014. p. 189-226.

CLÉVE, C. M. Análise constitucional da relação entre saúde pública e internação psiquiátrica compulsória. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 22, n. 5.296, 31 dez. 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/62670/analise-constitucional-da-relacao-entre-saude-publica-e-internacao-psiquiatrica-compulsoria>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

CUNHA, A. S.; PESSOA, O. A. G. **Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre a zona de fronteira: percepção das autoridades de segurança e dos atores do sistema de justiça criminal**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. cap. 10. (Relatório de pesquisa).

CUNHA, J. R. Direitos humanos e justicialidade: pesquisa no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, ano 2, n. 3, p. 139-172, 2005.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres/Editora UnB, 2013.

DINIZ, M. H. **Dicionário jurídico**. São Paulo: Saraiva, 1998. v. 1.

FOUCAULT, M. L'évolution de la notion d'“individu dangereux” dans la psychiatrie légale du XIXe siècle. In: _____. **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994. v. 3. p. 443-464.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

HABER, C. D. (Coord.). **Pesquisa sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

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

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LE MOS, C. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. **Sistema Penal e Violência**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul./dez. 2013.

LE MOS, C. B.; SILVA, C. A. C. G. da. Crime e risco: os novos rumos do direito penal: uma política criminal de defesa social. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 20, n. 97, p. 393-420, jul./ago. 2012. Disponível em: <https://www.academia.edu/12169347/CRIME_E_RISCO._Os_novos_rumos_do_direito_penal_uma_pol%C3%ADtica_criminal_de_defesa_social>. Acesso em: 8 fev. 2018.

MAIORIA dos paulistanos aprova ações na cracolândia. **Datafolha**, 2017. Disponível em: <<http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2017/06/1890337-maioria-dos-paulistanos-aprova-acoes-na-cracolandia.shtml>>.

MARCO, M. A. de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, jan./abr. 2006.

MATSUDA, F. E. **A medida da maldade**: periculosidade e controle social no Brasil. 2009. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo – São Paulo, 2009.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado. **Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Belo Horizonte: TJMG, 2014. (Nota Técnica, n. 86).

MONTE ALEGRE, J. S. O princípio da liberdade no âmbito do direito administrativo. **Revista Brasileira de Direito Público**, Belo Horizonte, ano 4, n. 13, abr./jun. 2006.

NASCIMENTO, I. V. Prisão administrativa: prisão disciplinar militar. **Revista do Tribunal Regional Federal 1ª Região**, Brasília, v. 15, n. 12, dez. 2003.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.* **Joint statement**: compulsory drug detention and rehabilitation centres. New York: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.who.int/hhr/JC2310_joint_statement_20120306final_en.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2017.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas**. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=875>. Acesso em: 11 mar. 2017.

SOUZA, J. de. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. São Paulo: Contracorrente, 2017.

TJ-SP CASSA DECISÃO sobre internação compulsória de usuários de drogas. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 28 maio 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-mai-28/tj-cassa-decisao-permitia-internacao-compulsoria-sao-paulo>>. Acesso em: 28 maio 2017.

EFEITOS DA NOVA REGULAÇÃO URUGUAIA SOBRE A CANNABIS NA FRONTEIRA COM O BRASIL: OBSERVAÇÃO SOBRE OS SISTEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA¹

Olivia Alves Gomes Pessoa
Alexandre dos Santos Cunha

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2013, o Uruguai aprovou a Lei nº 19.172/2013, que regulou toda a cadeia de produção, distribuição e consumo de *cannabis*, tornando-o o único país do mundo a afastar-se integralmente do paradigma da guerra às drogas, no que diz respeito a essa substância específica. Considerando que a progressiva entrada dessa nova legislação, a partir de 10 de dezembro de 2014, poderia gerar impactos externos, notadamente sobre os países com os quais o Uruguai tem fronteira, os governos brasileiro e uruguaio decidiram estabelecer o Plano de Monitoramento dos Efeitos da Nova Política Uruguaia de Regulação do Mercado de *Cannabis* sobre a Zona de Fronteira, no âmbito do Protocolo de Rivera.²

O plano prevê a realização de um conjunto de pesquisas sob a responsabilidade compartilhada de pesquisadores brasileiros e uruguaio, com os seguintes objetivos: *i)* monitorar a percepção social da população residente na faixa de fronteira, em temas relativos à segurança e a políticas sobre drogas; *ii)* avaliar a percepção dos agentes de segurança e dos atores que compõem o sistema de justiça criminal na faixa de fronteira, em temas relativos à segurança e a políticas sobre drogas; e *iii)* analisar e monitorar os efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre os níveis de criminalidade e vitimização na faixa de fronteira, em especial no que diz respeito aos delitos de drogas associados.

Este capítulo tem como objetivo apresentar, a partir do contexto da implementação da nova Lei de Drogas do Uruguai, um panorama do atendimento a usuários de drogas na região da fronteira entre o Brasil e o Uruguai, bem como as percepções dos agentes locais do sistema de justiça (juizes, promotores e policiais)

1. Este capítulo reproduz parcialmente, adicionando outros elementos e análises, o texto *Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de cannabis sobre a zona de fronteira: percepção das autoridades de segurança e atores do sistema de justiça criminal* (Cunha, Pessoa e Soares, 2017).

2. Celebrado entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) da República Federativa do Brasil e a Junta Nacional de Drogas da República Oriental do Uruguai, em 16 de dezembro de 2014. Documento internacional.

sobre essa lei e seus potenciais impactos na região. Para tanto, serão utilizados resultados obtidos pelas pesquisas qualitativas da primeira etapa do plano de monitoramento, realizadas por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (Franchini, 2017), pesquisadores uruguaios responsáveis por coletar as informações do lado uruaio da fronteira (Scurro, 2017; Rossal, Curbelo e Martínez, 2017), assim como por nós mesmos (Cunha, Pessoa e Soares, 2017; Cunha *et al.*, 2017). Ademais, nos apoiaremos nos dados do estudo etnográfico produzido no âmbito da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), executada em uma comunidade terapêutica (CT) da fronteira entre Brasil e Uruguai.

O texto se inicia com a contextualização sobre a construção da nova política uruaia, bem como sobre os avanços e retrocessos da Lei de Drogas brasileira. Em seguida, são apresentados os dados relativos à estrutura de cuidado a usuários de drogas na fronteira do Brasil com o Uruguai. Ao final, abordam-se as percepções de integrantes do sistema de justiça em serviço na região, acerca da nova Lei de Drogas uruaia e seus impactos na fronteira.

2 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL E NO URUGUAI

Em princípios do século XX, tanto no Brasil quanto no Uruguai, os produtos derivados de *cannabis* ou ópio eram normalmente utilizados, seja para tratamento médico ou para fins recreativos. Por impulso de uma série de convenções internacionais, os dois países passaram a adotar políticas progressivamente mais restritivas em relação a essas substâncias, embora o problema da maconha fosse absolutamente marginal ao debate brasileiro sobre as drogas anestésicas (Adiala, 2011) e o cerne da atividade regulatória uruaia fosse a produção, distribuição e o consumo de álcool, sobre o qual não recaíam quaisquer limitações internacionais (Fraiman e Rossal, 2009). Ambos aderiram, entretanto, à Convenção Internacional do Ópio e subsequentes, produzindo políticas nacionais bastante semelhantes: o Uruguai criminalizou o tráfico de drogas em 1934 e estabeleceu o monopólio estatal sobre a produção e distribuição de substâncias entorpecentes em 1937, enquanto o Brasil criminalizou o porte e o tráfico de drogas em 1932 e instituiu a internação compulsória dos dependentes químicos em 1938.

Na esfera internacional, pode-se dizer que o grau de aplicação dessas convenções não era elevado, em virtude do equilíbrio de forças existente entre China e Estados Unidos, fortemente proibicionistas, e as nações europeias, para as quais esse problema não era tão relevante (Garat, 2013). Com o final da Segunda Guerra Mundial e a emergência dos Estados Unidos como superpotência, o paradigma proibicionista ganhou não apenas um novo impulso, mas também um instrumento internacional de controle e fiscalização, por meio do Sistema da Organização das Nações Unidas (Sistema ONU).

Em 1948, o Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) determinou a consolidação, revisão e unificação dos tratados internacionais sobre drogas, o que resultou na adoção da Convenção Única sobre Entorpecentes, em Nova Iorque, 1961. A convenção assentou as bases do modelo de guerra às drogas, contrapondo os países desenvolvidos, consumidores dessas substâncias, e os países em desenvolvimento, produtores. Além disso, generalizou a compreensão de que a melhor estratégia para abordar o problema seria o controle da oferta, pela eliminação de produção e distribuição ilegais (Bewley-Taylor e Jelsma, 2011). Com a criação da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), estabeleceram-se mecanismos de monitoramento para garantir adequada aplicação da convenção, por meio da adoção conforme de políticas nacionais sobre drogas.

A partir dos anos 1970, a questão das drogas passou a ser um elemento importante da política norte-americana de segurança nacional, conduzindo a um amplo esforço diplomático para padronizar suas legislações e ampliar a repressão internacional tanto à oferta quanto ao consumo de drogas, mormente no hemisfério ocidental. Como resultado, adotou-se em 1973 o Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos (ASEP) (Garat, 2013). Na mesma época, vários países latino-americanos promulgaram novas legislações sobre drogas, caracterizadas por um estrito proibicionismo e pela constituição de burocracias estatais encarregadas de sua fiscalização (Del Olmo, 1989).

Nesse contexto, o Brasil promulgou a Lei Federal nº 6.368/1976 (Lei de Tóxicos), em consonância com as diretrizes do ASEP de repressão simultânea aos traficantes e aos usuários de drogas. Em contrapartida, o Uruguai editou o Decreto-Lei nº 14.294/1974, que também seguia as diretrizes gerais do ASEP, mas com uma diferença bastante relevante: ao contrário dos demais países da região, a legislação uruguaia não criminalizou os usuários de drogas, ainda que estabelecesse a possibilidade de internação compulsória após a avaliação de seu estado mental, econômico e social. Em 1998, a Lei uruguaia nº 17.016/1998 reduziu as penas para tráfico, autorizando igualmente o porte de uma certa quantidade de drogas para uso pessoal (Garat, 2013).

Após os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, houve uma mudança na agenda da política externa norte-americana, e a guerra às drogas cedeu espaço ao combate ao terrorismo. Com as atenções voltadas ao Oriente Médio e a consequente retração no ativismo norte-americano em relação à América Latina, o fortalecimento das relações multilaterais permitiu repensar os problemas da região a partir de uma perspectiva própria (Velasco, 2012). Em 2009, a União das Nações da América do Sul (Unasul) implantou o Conselho Sul-Americano sobre o Problema Mundial das Drogas (CSPMD), propondo o deslocamento do debate sobre drogas para o campo da saúde pública e dos direitos humanos, por meio de uma abordagem

integral. Em 2010, a Organização dos Estados Americanos (OEA), por meio da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), aprovou uma nova estratégia hemisférica sobre drogas, incorporando também temas de saúde pública e direitos humanos.

Em 2006, o Brasil aprovou a Lei Federal nº 11.343/2006, instituindo uma política nacional sobre drogas e distinguindo o tratamento reservado a usuários e traficantes. O usuário não se encontra mais submetido a penas restritivas de liberdade, mas somente a penas alternativas: advertência, prestação de serviços comunitários e/ou comparecimento em programas educacionais. Segundo Barbosa (2017), o objetivo da nova legislação seria deslocar os usuários do âmbito penal à saúde pública, enquanto o traficante passaria a ser punido com maior rigor. Logo, a questão central ao debate sobre nova lei de drogas brasileira é a distinção entre *traficante* e *usuário*, ainda que os critérios legais de diferenciação entre um e outro não sejam objetivos, mas integralmente subjetivos. Em seu art. 28, parágrafo 2º, estabelece a lei que:

para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (Brasil, 2006).

Portanto, a distinção a ser produzida pelo magistrado é potencialmente discricionária, podendo basear-se em critérios bastante subjetivos, tais como a opinião dos policiais diretamente envolvidos no flagrante.³

Se a nova legislação parece afastar-se do paradigma proibicionista, não prevendo a aplicação de penas restritivas de liberdade aos usuários de drogas, a linguagem da guerra às drogas continua presente, na forma de punições mais severas aos traficantes. Por esse motivo, alguns críticos a denominam de “retrocesso travestido de avanço” (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCRIM, 2016), enquanto outros manifestam sua preferência pela manutenção da lei anterior (Boiteux, 2006), já que os usuários não eram presos, mas encaminhados ao Juizado Especial, onde em regra poderiam obter um acordo ou transação penal. Sem afastar o controle penal sobre o uso de todas as drogas, a nova lei acaba por reforçar o abismo entre as figuras do usuário e do traficante, atingindo duramente os pequenos traficantes selecionados pelo sistema de justiça para receberem uma sanção, cuja pena mínima é agravada de três para cinco anos (Cunha e Pessoa, 2018).

Com efeito, dados recentes mostram que, na vigência da nova Lei de Drogas brasileira, o encarceramento por tráfico de drogas aumentou. No ano da promulgação da lei, 2006, 15% das pessoas que eram presas respondiam por delitos de drogas.

3. A este respeito, ver Haber (2018).

Segundo informações do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN/MJ),⁴ em 2016, esse número alcançou 28%.

Com a hipertrofia do controle penal, o pretendido deslocamento dos usuários para o âmbito da saúde pública acabou por não se materializar. Segundo Barbosa (2017), essa passagem deveria resultar do fortalecimento do papel desempenhado pela Política Nacional de Saúde Mental, que disciplina a atenção a usuários e dependentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este tratamento esbarra, no entanto, no subfinanciamento e no despreparo de alguns agentes de saúde para lidar com esse público, que em muitos casos é estigmatizado e/ou submetido a tratamentos degradantes ou desumanos.

O atraso brasileiro na formulação de uma política pública de saúde específica para pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas favoreceu a disseminação de modelos e instituições de cuidado, nem sempre pautados pela observância dos direitos humanos. Neste contexto, floresceram tanto as clínicas para reabilitação de dependentes químicos – de natureza privada, com fins lucrativos e respaldo de profissionais da saúde – quanto as denominadas CTs. Em ambos os casos, o cuidado se baseia predominantemente na internação e segregação dos pacientes, tendo como principal meta a abstinência definitiva do uso de drogas (Brasil, 2003).

3 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA FRONTEIRA BRASILEIRA COM O URUGUAI

Desde a criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul), em 1991, questões sociais e aspectos de cooperação no campo da saúde vêm progressivamente sendo incorporados à agenda política dos governantes da região. Para Silva (2009), os municípios da fronteira entre o Brasil e o Uruguai enfrentam grandes dificuldades em prover suas populações com atenção integral à saúde, além de, em alguns casos, precisarem atender à demanda proveniente dos países vizinhos. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para a realização de procedimentos e a distância entre os municípios e os centros de referência são os principais problemas encontrados. Outro desafio que se coloca na região fronteiriça é o acolhimento do usuário de drogas, uma vez que os dois países adotam políticas distintas.

No Brasil, os cuidados a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs) foram protocolizados no âmbito do SUS, desde 2003, como parte integrante da saúde mental, sob responsabilidade das redes de atenção psicossocial (RAPS), que são constituídas pelos itens a seguir.

4. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016>>.

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de desinstitucionalização, formadas pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - Reabilitação psicossocial (Brasil, 2011, art. 5º).

A RAPS tem por objetivo principal atender as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Entre as suas diretrizes de funcionamento, destacam-se o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas que acessam essa rede; o desenvolvimento de atividades, no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; e

a elaboração de estratégias de redução de danos. Em consonância com a política de saúde mental, determinada pela Lei nº 10.216/2001, a RAPS privilegia os serviços extra-hospitalares de base territorial e comunitária, sem requerer de seus usuários a abstinência do uso de drogas como condição para o acesso a esses serviços.

Em pesquisa feita por Franchini (2017), apenas um entre quatro municípios brasileiros visitados ao longo da fronteira com o Uruguai contava com um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), equipamento público especializado no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Outros dois municípios realizavam esse atendimento por meio de CAPS,⁵ e um deles encaminhava seus usuários ao município vizinho.

Tendo em vista a proximidade geográfica e cultural das cidades dos dois países, muitas instituições das redes de saúde e do sistema de segurança pública trabalham em cooperação mútua, atendendo a população das duas nacionalidades, dos dois lados da fronteira. No entanto, essa prática de compartilhamento de serviços de saúde não se encontra universalizada, parecendo decorrer mais do voluntarismo dos servidores que de acordos institucionalizados.

Se a pessoa for totalmente estrangeira, nós não realizamos atendimento. A gente faz o básico e encaminha para o Uruguai. Se ela tem documentação brasileira, ou fronteiriça,⁶ como dizemos, ela pode realizar o atendimento. Se ela for totalmente estrangeira, não podemos realizar as cobranças, registrar nas FAs [fichas de atendimento], por exemplo (enfermeira de Unidade Básica de Saúde – UBS).

A gente atende, só não pode passar pro lado de lá. Se for do outro lado da rua, a gente não pode. De início, quando começou, até médico uruguaio fazia regulação com a SAMU, brasileiros, do lado de lá, se precisasse nós íamos, agora faz três anos que não. [...] Teve um acidente e nós não pudemos buscar o brasileiro, era 50 metros pra dentro, mas nós não podíamos buscar, daí as pessoas da rua que tiveram que trazer. Botaram num carro e trouxeram, daquele jeito, mas ele não sobreviveu (trabalhador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU) (Franchini, 2017).

Outros dispositivos de atenção a usuários de drogas presentes na fronteira são as denominadas CTs. De acordo com o *survey* realizado no âmbito da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), haveria duas CTs na localidade, nas cidades de Uruguaiana e Dom Pedrito. Uma delas constitui-se em CT de “referência” para a RAPS na região da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, sendo a única que, na circunscrição da 10ª Delegacia Regional de Saúde,

5. Centros de Atenção Psicossocial, equipamento público voltado à atenção de pessoas com transtornos mentais, não especializado em álcool e drogas.

6. O documento especial de fronteiriço é emitido tanto pelo Brasil quanto pelo Uruguai, em favor dos cidadãos residentes nas cidades gêmeas existentes ao longo da fronteira entre os dois países, no marco do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, internalizado pelo Decreto Legislativo nº 907/2003.

mantém convênio para fins de financiamento com Senad e com o governo do estado. Esta CT foi objeto do estudo qualitativo integrante da mesma pesquisa (Ipea, 2017).

O município de Uruguaiana conta com uma edificação destinada ao funcionamento de um CAPSad, mas este ainda não foi habilitado a receber recursos financeiros federais, por ausência de equipe técnica. Assim, os pacientes oriundos deste município, e também de Rosário do Sul, Santana do Livramento e Barra do Quaraí, são atendidos na cidade de Alegrete, que conta com um CAPSad. Eventualmente, também são encaminhados para a CT de Uruguaiana.

Segundo o relato de trabalhadores de algumas RAPS, o acesso aos CAPSad é livre, havendo atendimento de acordo com a demanda. No entanto, de acordo com Franchini (2017), os CAPSad da região não oferecem uma escuta qualificada aos usuários, nem a necessária construção de um vínculo entre eles e o equipamento.

Aqui no CAPS não precisa de encaminhamento médico. Daí a pessoa pode vir de livre e espontânea vontade, ou às vezes a família acaba trazendo – às vezes é ordem judicial mesmo. Daí eles têm que vir (profissional do CAPS).

Até o mês passado, nós atendíamos livre demanda. Mas agora estamos pedindo um encaminhamento do médico pro CAPS, porque nosso serviço estava superlotado. E muita gente desiste (profissional do CAPS) (Franchini, 2017).

Na CT pesquisada, os trabalhadores entrevistados relataram que os usuários são encaminhados principalmente pelas famílias. Em segundo lugar, encontram-se os encaminhamentos da RAPS e do conselho tutelar. As entrevistas com os internos sugerem, porém, que alguns casos resultam de encaminhamento pelo sistema de justiça.

Durante algumas entrevistas, alguns profissionais da RAPS na região demonstraram franco e preocupante desconhecimento sobre o cuidado ao usuário de drogas segundo a lógica da redução de danos, tal como estabelecido pelas diretrizes emanadas do Ministério da Saúde. Ficou claro que, mesmo nos equipamentos da rede pública, prevalece a lógica da abstinência como condição para o acesso ao serviço.

Entrevistado: Aqui é *redução de danos*. Aqui não pode entrar alcoolizado e nem portando... Eles vêm aqui tomar banho, não podem estar portando nada. Se tu vais deixar que eles entrem, todo mundo vai entrar com as garrafas de álcool, vão beber...

Entrevistador: Tu estavas me falando que aqui é redução de danos, o que tu entendes por redução de danos?

Entrevistado: É reduzir os danos. Eu não posso deixar um alcoolizado entrar aqui, quando eu tô trabalhando com outros que tomaram durante o final de semana, entendeu? (trabalhador do CAPSad) (Franchini, 2017, grifo nosso).

Por fim, as entrevistas com os trabalhadores da RAPS na região evidenciaram que muitos deles desconsideram a primeira diretriz para o funcionamento da RAPS (art. 2º, inciso I, da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011), que é a garantia da autonomia e da liberdade das pessoas assistidas. Diversos discursos revelam a adoção de práticas excludentes e criminalizantes do uso de drogas: “Nós não internamos na Santa Casa daqui porque é livre, é aberto – quando querem sair, saem. Então a gente leva pra Pelotas, porque lá eles ficam fechados (profissional do CAPS)” (Franchini, 2017).

4 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA FRONTEIRA URUGUAIA COM O BRASIL

O Uruguai é um dos países pioneiros na América Latina em adotar de maneira integral a redução de danos como uma política de Estado para controlar os efeitos do uso de drogas. Sob coordenação da Junta Nacional de Drogas (JND), foram implementadas as primeiras orientações sobre redução de danos para prevenir o contágio de HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis – posteriormente, esses critérios foram expandidos para outras substâncias lícitas ou ilícitas. A adoção da redução de danos como estratégia para lidar com o uso de drogas pode ser observada no Marco Regulatório para os Estabelecimentos Especializados no Tratamento de Usuários com Consumo Problemático de Drogas, bem como na Lei nº 17.930/2005, que trata do Centro de Informação e Referência Nacional da Rede de Drogas.

Mesmo assim, alguns equipamentos sanitários uruguaiois não aderiram a essa política em suas práticas, e seguem o modelo que faz da abstinência o único caminho para a reabilitação – como pode ser observado durante visita de campo no maior centro público de tratamento de usuários de drogas do lado uruguaio da fronteira. Para realizar tratamento na Casa Abierta, por exemplo, a completa abstinência é uma exigência.

A médica comenta um episódio complicado, no qual três pacientes teriam fumando um baseado no Hospital de Artigas. Ela diz que poderia ter acontecido de fumarem maconha, mas, quando um viciado está eufórico, pode fazer algo mais grave. Ela não estava no hospital e outro profissional deu-lhes alta, ou seja, mandou-os para a rua sem que estivessem “desintoxicados”. Como esses pacientes não estavam em abstinência, não puderam ingressar na Casa Abierta. Além disso, quando saíram quase expulsos do hospital, praticaram um assalto para conseguir dinheiro para comprar *crack* e acabaram presos (Rossal, Curbelo e Martínez, 2017, tradução nossa).⁷

7. “La doctora comenta un episodio complicado en el que tres pacientes se habrían fumado un porro en el Hospital de Artigas, ella dice que podría haber ocurrido que fumaran marihuana, pero que cuando está eufórico un adicto podría haber sido más grave que fumarse un porro. Ella no estaba en el Hospital y otro profesional les dio el alta, o sea los mandó a la calle sin estar “desintoxicados”. Al mostrarse que estos pacientes no estaban en abstinencia, no pudieron ingresar a Casa Abierta. Además, cuando salieron, prácticamente expulsados, del Hospital cometieron una rapiña para obtener recursos para comprar pasta base y terminaron presos.”

Em entrevista com profissionais da psiquiatria que atuam na região da fronteira, foi possível identificar os dissensos sobre a nova lei uruguaia que regula o mercado de *cannabis* e sobre a adoção da redução de danos no tratamento de usuários problemáticos de drogas.

A médica comenta que a posição da Sociedade de Psiquiatria é contrária à lei, já que a maconha é uma droga e “como toda drogas, faz mal”, mas ela deixa transparecer que sua opinião é a favor da regulamentação, em especial por sua adesão à redução de danos (Rossal, Curbelo e Martínez, 2017, tradução nossa).⁸

Assim como no Brasil, pode-se perceber, nos discursos dos profissionais de saúde uruguaios, que não há consenso sobre as estratégias de tratamento, havendo, portanto, duas visões: uma, absenteísta, segundo a qual as drogas são vistas como algo intrinsecamente mau; e outra cujo foco é reduzir as possibilidades de que o sujeito venha a fazer uso problemático de drogas.

Na cidade de Artigas, foi possível identificar os dissensos entre os profissionais que atuam no hospital psiquiátrico da região. Os discursos ficam entre uma visão orientada para o tratamento a partir da redução de riscos e danos, e outra na qual essa abordagem não é considerada uma solução possível para o tratamento de usuários problemáticos.

Não sou partidário da redução de danos. A redução de danos é como a anestesia para a dor, é um por enquanto, não resolve o problema de fundo, pode distrair por algum tempo, mas nunca vai ao fundo do problema. O fundo do problema, onde está? Em cada sujeito tem uma origem distinta, seguramente o que acontece é que o vício termina sendo a válvula de escape do ser humano face a um problema muito maior que tenha em seu interior, de vazio, de carência, de abandono, de desmotivação na vida (Rossal, Curbelo e Martínez, 2017).⁹

Segundo Curbelo (2016), essa associação entre o consumo de drogas e uma situação de vulnerabilidade social dos usuários que levaria os jovens a consumir drogas aparece no discurso de diversos atores vinculados a instituições de saúde estatais no Uruguai, permeado por uma moralidade conservadora sobre perda de valores.

8. “La doctora comenta que la posición de la Sociedad de Psiquiatría es contraria a la ley, en tanto que la marihuana es una droga y ‘como toda droga te hace mal’, pero ella deja entre ver su opinión a favor de la regularización, en especial atendiendo a su adhesión a la reducción de daños.”

9. “Yo no soy partidario de la reducción de daños, (...) me parece que lo que hace básicamente este. La reducción de daños a la adicción es como la anestesia para el dolor, es un mientras tanto, no te resuelve el problema de fondo, te puede distraer un tiempo, pero nunca va al fondo del problema. El fondo del problema ¿dónde está? En cada sujeto tiene un origen diferente, seguramente lo que pasa es que la adicción termina siendo la válvula de escape del ser humano ante un problema mucho mayor que tiene en su interior, de vacío, de carencia, de abandono, de desmotivación en la vida.”

5 INTERFACES ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE E O SISTEMA DE JUSTIÇA BRASILEIROS

Conforme o exposto, a atual Lei de Drogas brasileira diferencia as condutas de usuário e de traficante. Assim, usuários não estão submetidos a penas privativas de liberdade e não podem ser presos em flagrante, devendo ser sancionados com penas alternativas – tais como prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo, proibição de frequência a determinados locais, advertência verbal e multa. As internações compulsórias, entretanto, parecem ser comuns na região, conforme expresso nas falas dos entrevistados, tanto da CT quanto dos serviços da RAPS. Caso emblemático aparece do relatório etnográfico sobre a CT localizada em Uruguaiana.

O menino K., de 13 anos, estava lá desde os seus 11 anos de idade por determinação judicial, e ainda ficaria, no mínimo, por mais dois meses. Ele foi enviado para a CT em vez de ser direcionado à internação na FASE, por ter sido flagrado em delito de roubo. Ele já tinha uma trajetória criminal bastante extensa quando foi enviado para a CT e, segundo os coordenadores do local, também usava *crack* desde os 6 anos de idade. K. tem a possibilidade de abandonar o “tratamento”, mas teria que cumprir o restante do período de dois anos, que foi juridicamente imposto a ele, na FASE. Ou seja, é um caso claro de institucionalização, em que o programa terapêutico tem pouca importância. Não se oferecia nada diferente para ele do que era oferecido para os acolhidos regulares (Ipea, 2017).

Surpreende, também, o suporte prestado pelo CAPSad na efetivação das internações compulsórias.

Eu recebo 500 reais a mais para ser coordenador do CAPSad, e divido com a minha colega. E é só isso que nós fazemos. O juiz nos liga, o delegado, o promotor... Meu telefone não para, dia e noite. Me ligam e eu vou lá e faço a compulsória. A Brigada é bem parceira nossa, é parceira nossa. Me ajudam. Eu só ligo, combino, e eles vêm. Eu até digo para não apertarem muito as algemas, para quando chegar no Espírita, em Pelotas, não ficar marcado das algemas (coordenador do CAPS) (Franchini, 2017).

Conforme discute Luciana Musse, neste mesmo volume, a previsão de internação psiquiátrica compulsória (IPC) de pessoas que fazem uso problemático de SPAs encontra-se submetida à Lei nº 10.216/2001 e ao regulamento do SUS (Portaria nº 2.048/2009), segundo os quais a IPC é determinada pela justiça ou por medida judicial, o que nos leva a ter ações e decisões judiciais as mais diversas, tanto na área cível quanto na penal.

Em algumas situações, a IPC é determinada por autoridades públicas e equivale à internação forçada e muitas vezes indiscriminada e em massa de usuários de *crack* e outras drogas, correspondendo a uma “limpeza social”, neo-higienista e ao controle social da pobreza. Em outras, a IPC é a resposta dada pelo Poder Judiciário aos apelos de familiares de pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso

nocivo de drogas, sobretudo de *crack*. Essa situação acaba gerando um fenômeno conhecido como “judicialização da política” ou, simplesmente “judicialização”, que, tal qual a internação, em qualquer das suas modalidades, deve ocorrer em último caso.¹⁰

A política brasileira para os usuários de álcool e outras drogas dialoga com a Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei nº 10.216/2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental entre os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde para essa população. Além disso, garante a universalidade de acesso à assistência integral, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento, para que sejam estruturados na comunidade, próximos ao convívio social dos usuários. Assim, as redes assistenciais devem centrar-se nas desigualdades existentes, ajustando suas ações às demandas da população, a fim de atender de forma equânime e democrática.

Tendo em vista que o uso do álcool e outras drogas é tema transversal, pois envolve a justiça, a educação, o bem-estar social, a saúde e o desenvolvimento, a nova Lei de Drogas brasileira avança ao prescrever medidas para prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Além disso, estabelece que os usuários deverão ter garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário, quando estiverem privados de liberdade. Segundo Ronzani e Mota (2011), há a superação do modelo moralizante do cuidado e o resgate da cidadania dos usuários como sujeitos com plenos direitos, inclusive o de se cuidar. Enquanto perspectiva teórico-prática, a política do Ministério da Saúde baseia-se nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

Diante deste quadro normativo, faz-se necessário acompanhar o tratamento que o sistema de justiça brasileiro tem dado aos usuários de drogas que chegam ao sistema na fronteira, bem como as percepções dos agentes de justiça sobre a questão na região.

6 PERCEPÇÕES DOS ATORES DO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL QUE ATUAM NA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI

Com relação aos consumidores de drogas ilícitas que chegam aos tribunais, para os juízes eles são, em sua imensa maioria, jovens socialmente vulneráveis, dependentes de *crack* ou pasta base de cocaína – razão pela qual acreditam na existência de uma seleção policial, pois, segundo eles, “quem cai tem sempre o mesmo semblante físico”. Em regra, esses acusados também são reincidentes, o que é coerente com o relato policial de que existe um universo de usuários que são periodicamente

10. Ver capítulo 9 deste livro.

“reciclados” (*sic*) pelo sistema de justiça criminal. No entanto, esse relato destoa da percepção dos magistrados brasileiros de que há um crescente consumo de cocaína e drogas sintéticas por jovens de alto poder aquisitivo, em especial em Santana do Livramento e Jaguarão, onde existem universidades.

A magistratura uruguaia, em contrapartida, apresenta uma grande preocupação com o uso abusivo, os suicídios e a prática de delitos sob o efeito de álcool. Como o mercado de bebidas alcoólicas é altamente regulado no Uruguai, para as autoridades é incompreensível a facilidade com que “qualquer um” compra bebidas destiladas no lado brasileiro a preços irrisórios – por exemplo, menos de US\$ 1 por litro de cachaça.

Sobre a nova legislação uruguaia de regulação do mercado de *cannabis*, há um consenso na percepção de que não houve qualquer alteração nas práticas de consumo ou nos padrões de criminalidade na região, exceto por um maior uso público da substância, no lado uruguaio da fronteira. Em um único caso, um magistrado uruguaio relatou a presença de consumidores brasileiros em pontos de venda de maconha no Uruguai. Para os juízes, ainda é cedo para avaliar o impacto da nova política, e o desconhecimento generalizado da população sobre as novas regras constitui um obstáculo importante à atenção aos objetivos pretendidos pelo legislador.

Em temas de políticas sobre drogas, não há uniformidade de pensamento entre os magistrados da região. Entre os juízes brasileiros, existe a convicção de que a guerra às drogas está perdida, e que a seleção policial impõe um ônus imenso sobre as camadas populares, ao mesmo tempo que dificilmente os usuários dos estratos socioeconômicos mais elevados recebem qualquer tipo de sanção. Esse consenso, porém, não se traduz numa opinião generalizada em favor da descriminalização, da legalização ou da regulação do mercado de drogas ilícitas.

Por um lado, alguns magistrados demonstram grande preocupação com problemas de coesão familiar e questões de saúde mental – por isso, eles têm certa dificuldade em compreender uma alternativa ao proibicionismo. Por outro lado, muitos juízes declararam-se abertamente antiproibicionistas, invocando princípios de liberdade individual e até mesmo de livre iniciativa econômica. Entre os magistrados uruguaio, há grande ceticismo com as experiências antiproibicionistas, inclusive as de seu próprio país. Em sua percepção, além de incongruente com o restante da legislação penal uruguaia, a nova política não deverá ter efeitos significativos no combate ao tráfico ilícito de drogas, representando um incentivo ao uso precoce de uma substância que serve de “porta de entrada para outras drogas”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da constatação progressiva de que a guerra às drogas fracassou, muitos países vêm discutindo novas estratégias para lidar com a questão. Ao aprovar a lei que regulamenta todo o mercado de *cannabis*, o Uruguai torna-se pioneiro na

América Latina, ao afastar-se totalmente do paradigma proibicionista. Por essa razão, é de grande importância que o Brasil acompanhe e monitore os efeitos da política uruguaia e seus possíveis impactos, com especial atenção à zona de fronteira.

Apesar das diferenças entre as políticas de drogas brasileira e uruguaia, as duas legislações se propõem a deslocar a abordagem do usuário de drogas do âmbito penal para o da saúde pública. Logo, é fundamental nos debruçarmos sobre como a rede de saúde tem lidado com esses usuários.

Os dados levantados por pesquisas de campo, feitas na região da fronteira, trazem aspectos importantes sobre o consumo de drogas ali e sobre o funcionamento da rede de saúde, incluindo as CTs, para monitorar os possíveis impactos da nova lei uruguaia naquela região.

Sobre a saúde pública na fronteira e a oferta de atendimentos a usuários de drogas, percebeu-se que falta infraestrutura para este atendimento e que o compartilhamento das estruturas entre os dois países não é a regra, dependendo de atitudes voluntaristas de servidores públicos.

Mais que os problemas de infraestrutura na rede de atendimento aos usuários de drogas, chama a atenção o fato de que tanto o Brasil quanto o Uruguai adotam a abordagem de redução de danos no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. No entanto, grande parte dos profissionais da saúde dos dois países não aderiu a essas práticas e segue o modelo que faz da abstinência o tratamento para a reabilitação.

Por fim, outra questão, que surge dos dados coletados até o momento, é a interseccionalidade entre o público que acessa o sistema de saúde na fronteira e o que acessa o sistema de justiça. Foi possível identificar uma semelhança entre os dois: são geralmente formados por jovens socialmente vulneráveis, que são “reciclados” pelo sistema de justiça penal da região.

REFERÊNCIAS

ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. Tese (Doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

BARBOSA, R. Lei de Drogas: a distinção entre usuário e traficante, o impacto nas prisões e o debate no país. **Nexo Jornal**, 14 jan. 2017. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/explicado/2017/01/14/Lei-de-Drogas-a-distin%C3%A7%C3%A3o-entre-usu%C3%A1rio-e-trafficante-o-impacto-nas-pris%C3%B5es-e-o-debate-no-pa%C3%ADs>>.

BEWLEY-TAYLOR, D.; JELSMA, M. **Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes**: una relectura crítica. Amsterdã: Transnational Institute, 2011. (Serie Reforma Legislativa en Materia de Drogas, n. 12).

BOITEUX, L. A nova lei antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. **Boletim IBCCRIM**, ano 14, n. 167, out. 2006.

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

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

CUNHA, A. dos S. *et al.* **Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre a zona de fronteira**: vitimização e percepção social em políticas sobre drogas na fronteira brasileira com o Uruguai. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de Pesquisa).

CUNHA, A. dos S.; PESSOA, O. A. G. **Usuários e traficantes de drogas**: uma análise dos processos judiciais por delitos de drogas na zona de fronteira do Brasil com o Uruguai. Brasília: Ipea, 2018. (Relatório de Pesquisa).

CUNHA, A. dos S.; PESSOA, O. A. G.; SOARES, M. **Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre a zona de fronteira**: percepção das autoridades de segurança e atores do sistema de justiça criminal. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de Pesquisa).

CURBELO, M. **Informe de avance de investigación referido a las áreas de frontera Artigas-Quaraí y Rivera-Santana do Livramento**. Brasília: Ipea, 2016. (Relatório de Pesquisa).

DEL OLMO, R. Drogas: distorsiones y realidades. **Nueva Sociedad**, v. 102, Caracas, 1989.

FRAIMAN, R.; ROSSAL, M. **Si tocás pito te dan cumbia**: esbozo antropológico de la violencia en Montevideo. Montevideo: Ministerio del Interior; PNUD; AECID, 2009.

FRANCHINI, B. **O consumo de drogas e a saúde pública na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai**: resultados qualitativos. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de Pesquisa).

GARAT, G. **Un siglo de políticas de drogas en Uruguay**. Montevideo: FESUR, 2013.

HABER, C. **Pesquisa sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Mimeografado.

IBCCRIM – INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. Ungass 2016 e os 10 anos da Lei nº 11.343/2006. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v. 286, 2016.

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

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: ANDRADE, A. G. (Org.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2011. p. 251-270.

ROSSAL, M.; CURBELO, M.; MARTÍNEZ, E. **Usos y políticas del cannabis em la frontera Uruguay-Brasil**: percepciones, moralidades y trayectorias de actores públicos y usuarios de cannabis em las ciudades de Artigas, Rivera, Rio Branco y Chuy. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.

SCURO, J. **Monitoreo y evaluación de los efectos de la nueva política uruguaya de regulación del mercado de cannabis sobre la seguridad en la zona de frontera**: percepción de los agentes de seguridad y actores del sistema de justicia criminal uruguayos. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.

SILVA, M. P. **Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai**: um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera. Pelotas: Diprosul, 2009.

VELASCO, C. A. **Los retos que enfrenta el Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de Unasur: informe del IDPC**. Londres: Open Society, 2012.

NOTAS BIOGRÁFICAS

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. Doutor em direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Desenvolve pesquisas nas áreas de sistema de justiça e políticas sobre drogas. *E-mail:* <alexandre.cunha@ipea.gov.br>.

JARDEL FISCHER LOECK

Doutor em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); e cursa pós-doutorado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Desenvolve pesquisas em práticas de cuidado a usuários de drogas. *E-mail:* <jardelfischer@gmail.com>.

LETÍCIA CANONICO DE SOUZA

Graduada em ciências sociais; e mestre em sociologia pela Universidade de São Carlos (UFSCar). Desenvolve pesquisas sobre comunidades terapêuticas e outros temas ligados aos usos de drogas. Atuou como técnica de medida socioeducativa em meio aberto, no município de São Paulo e em programa de redução de danos para usuários de crack na mesma cidade. *E-mail:* <leticia.canonico@gmail.com>.

LUCIANA BARBOSA MUSSE

Graduada em direito e psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); e mestre e doutora em direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Líder do grupo de estudos e pesquisa em direito e políticas sociais (GEPDPS) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e professora universitária e pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. *E-mail:* <luciana.musse@ipea.gov.br>.

MARCELLO DOUDEMENT

Graduado e mestrando em ciência política pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea de 2015 a 2017. *E-mail*: <marcellobaixista@gmail.com>.

MARCO ANTÔNIO CARVALHO NATALINO

Especialista em políticas públicas e gestão governamental. Pesquisador na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. *E-mail*: <marco.natalino@ipea.gov.br>.

MARIA PAULA GOMES DOS SANTOS

Técnica em planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. Mestre em políticas públicas e administração pública pelo *Institute of Social Studies (ISS)*, dos Países Baixos; e doutora em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Desenvolve pesquisas sobre políticas sociais e políticas sobre drogas. *E-mail*: <mariapaula.santos@ipea.gov.br>.

MATHEUS CARACHO NUNES

Graduado em ciências sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); mestre em sociologia pelo Programa de pós-graduação (PPGS) da UFSCar; e doutorando em ciências sociais na Universidade Estadual de Campinas (PPGCS/Unicamp). Desenvolve pesquisas sobre comunidades terapêuticas e grupos urbanos marginais. *E-mail*: <matheus.carachonunes@gmail.com>.

NAYARA LEMOS VILLAR

Graduada em serviço social pela Universidade de Brasília (UnB); e pós-graduada em serviço social organizacional pelo Instituto Brasileiro de Educação à Distância do Distrito Federal (IBEDF). Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea de 2015 a 2017. Especialista socioeducativa do governo do Distrito Federal. *E-mail*: <nayara.nay4@gmail.com>.

OLÍVIA ALVES GOMES PESSOA

Graduada em ciência política pela Universidade de Brasília (UnB); e mestra em direitos humanos e cidadania pela UnB. Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. Desenvolve pesquisas na área de acesso à justiça. *E-mail:* <olivia.pessoa@gmail.com>.

ROBERTO ROCHA COELHO PIRES

Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. Doutor em políticas públicas pelo *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), em 2009, com pós-doutorado pelo Centro de Sociologia das Organizações da *Sciences Po* (2015-2016). Professor do mestrado profissional em políticas públicas e desenvolvimento, do Ipea; e do mestrado profissional em governança e desenvolvimento, da Escola Nacional de Administração Pública (Enap). Desenvolve pesquisas sobre implementação de políticas públicas, burocracia e relações Estado-sociedade. *E-mail:* <roberto.pires@ipea.gov.br>.

ROSA VIRGÍNIA MELO

Doutora em antropologia social pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisadora colaboradora no departamento de antropologia da UnB. Professora e consultora. Desenvolveu pesquisas sobre garimpo e turismo, festas religiosas populares, transe e disciplina nas matrizes religiosas da ayahuasca. Atualmente trabalha com moralidades e tratamentos para dependência química. *E-mail:* <rosavmelo@gmail.com>.

VÍNNIE NASSER MESQUITA DA CONCEIÇÃO

Bacharel em ciência política pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea entre 2015 e 2017. Atua em pesquisas nas áreas de segurança pública e políticas de drogas. *E-mail:* <nasser.vinnie@gmail.com>.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Lis Hall Silva

Mariana Silva de Lima

Vivian Barros Volotão Santos

Rava Caldeira de Andrade Vieira

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha (estagiária)

Lorena de Sant’Anna Fontoura Vale (estagiária)

Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Carlos Henrique Santos Vianna

Mayana Mendes de Mattos (estagiária)

Vinícius Arruda de Souza (estagiário)

Capa

Herllyson da Silva Souza

Imagem da capa

Rapaz mordido por um lagarto (1594-5, Michelangelo Merisi da Caravaggio)

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Brasília

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

Térreo – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

A pesquisa que serviu de base para este livro foi realizada pelo Ipea, a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça, a partir de janeiro de 2015. Seu objetivo foi traçar um perfil das comunidades terapêuticas (CTs) que atuam no Brasil, de modo a permitir que a Senad aprofundasse seu conhecimento sobre essas instituições e pudesse, assim, aperfeiçoar a gestão dos convênios e contratos que estabelece com elas para fins de prestação de cuidados a pessoas que fazem uso problemático de drogas.

Seguindo-se ao relatório final da pesquisa – entregue à Senad em 2016 – e à *Nota Técnica* nº 21 – publicada pelo Ipea em 2017 –, esta publicação consiste no terceiro produto do trabalho iniciado em 2015 e aborda alguns temas específicos a respeito das CTs, surgidos ao longo do levantamento de dados e da análise feita sobre eles. Os autores dos artigos aqui reunidos são membros da equipe que realizou a pesquisa, bem como pesquisadores do Ipea, que, no ano que se seguiu à fase de coleta de dados, se agregaram à equipe original do projeto.

AUTORES

Alexandre dos Santos Cunha	Matheus Caracho Nunes
Jardel Fischer Loeck	Nayara Lemos Villar
Letícia Canonico de Souza	Olívia Alves Gomes Pessoa
Luciana Barbosa Musse	Roberto Rocha Coelho Pires
Marcello Doudement	Rosa Virgínia Melo
Marco Antônio Carvalho Natalino	Vínnie Nasser Mesquita da Conceição
Maria Paula Gomes dos Santos	

ISBN 978-85-7811-345-2

