
Regulamentação e financiamento do Estado brasileiro em comunidades terapêuticas para usuários de drogas: análise crítica a partir de uma comunidade terapêutica italiana

Brazilian State's regulation and financing of therapeutic communities for drug users: critical analysis based on an Italian therapeutic community

Regulación y financiamiento del Estado brasileño en comunidades Terapéuticas para usuarios de drogas: análisis crítico basado en una comunidad terapéutica italiana

Tiago Alves Miranda¹

RESUMO

Em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS) aliados ao paradigma da redução de danos como orientadores da política nacional de atenção à saúde de pessoas que fazem uso de drogas. Todavia, posteriormente o Estado brasileiro passou a investir política e financeiramente em Comunidades Terapêuticas (CTs) para usuários de drogas, modelo institucional ao qual o Ministério da Saúde se opôs nominalmente quando determinou sua política de atenção à saúde na área das drogas. Este artigo tem o objetivo de apresentar um posicionamento sobre a regulamentação e o financiamento do Estado brasileiro em CTs especificamente pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para isso, realiza-se uma rigorosa análise acerca deste modelo de cuidado à luz de princípios da Reforma Psiquiátrica, partindo do entendimento de que os recursos públicos devem ser empregados em modelos institucionais que respeitem a política oficial de saúde mental do Brasil. Analisam-se as CTs brasileiras tendo por referência uma experiência ocorrida na década de 1960 da Itália, onde um grupo liderado por Franco Basaglia buscou operar mudanças no modo de funcionamento de um hospital psiquiátrico. As críticas ao manicômio empreendidas nesta experiência – também alcunhada de Comunidade

¹ E-mail: tmiranda654@gmail.com

Terapêutica – foram incorporadas à Reforma Psiquiátrica brasileira sob a forma de princípios e diretrizes. Assim, a ação basagliana em Gorizia é valioso recurso para evidenciar alguns dos questionamentos ao investimento público em CTs para usuários de drogas.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Pública, Política de Saúde, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Comunidade Terapêutica, Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

In 2003, the Brazilian Ministry of Health established the principles of the psychiatric reform and the Unified Health System (SUS) associated to the harm reduction paradigm as guidelines of the national health care policy for people who use drugs. Nevertheless, the Brazilian State later began to invest politically and financially in Therapeutic Communities (CTs) for drug users, an institutional model to which the Ministry of Health nominally opposed when established its policy on health care for drug users. This article aims to present a position on the Brazilian State's regulation and financing in CTs, specifically through the perspective of the Brazilian psychiatric reform. To achieve this aim, the CTs model is rigorously analysed in light of the psychiatric reform principles. We understand that public resources should be invested in institutional models consistent with the Brazilian official mental health policy. The Brazilian CTs are analyzed based on an experience that occurred in the 1960s in Gorizia, Italy, where a group led by Franco Basaglia sought to make changes in the way a psychiatric hospital operated. The criticisms towards the asylum undertaken in this experience – also named Therapeutic Community – were incorporated by the Brazilian psychiatric reform in the form of principles and guidelines. Thus, the basaglian action in Gorizia is a valuable resource to highlight some of the criticisms towards the public investment in CTs for drug users.

Key words: Mental Health, Public Health, Health Policy, Substance-Related Disorders, Therapeutic Community, Mental Health Services.

RESUMEN

En 2003, el Ministerio de Salud de Brasil estableció los principios de la reforma psiquiátrica y del Sistema Único de Salud (SUS) aliados al paradigma de reducción de daños como directrices de la política nacional de atención a la salud para las personas que consumen drogas. Sin embargo, el Estado brasileño más tarde comenzó a invertir política y financieramente en Comunidades Terapéuticas (CTs) para usuarios de drogas, un modelo institucional al que el Ministerio de Salud se opuso nominalmente al determinar su política de atención

a la salud en el área de las drogas. Este artículo tiene como objetivo presentar una posición sobre la regulación y el financiamiento del Estado brasileño en CTs, específicamente desde la perspectiva de la reforma psiquiátrica brasileña. Para lograr este objetivo, se analiza rigurosamente el modelo de las CTs a la luz de los principios de la reforma psiquiátrica. Se entiende que los recursos públicos deberían invertirse en modelos institucionales consistentes con la política oficial de salud mental de Brasil. Se analizan las CTs brasileñas en base a una experiencia que ocurrió en la década de 1960 en Gorizia, Italia, donde un grupo liderado por Franco Basaglia intentó hacer cambios en la forma en que operaba un hospital psiquiátrico. Las críticas al asilo emprendidas en esta experiencia – también llamada comunidad terapéutica – se incorporaron a la reforma psiquiátrica brasileña en forma de principios y directrices. Por lo tanto, la acción de Basaglia en Gorizia es un recurso valioso para resaltar algunas de las críticas hacia la inversión pública en CTs para usuarios de drogas.

Palabras clave: Salud Mental, Salud Pública, Política de Salud, Trastornos Relacionados con Sustancias, Comunidad Terapéutica, Servicios de Salud Mental

1 INTRODUÇÃO

Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições que dispensam cuidados a pessoas que fazem uso de drogas, de caráter fechado, de longa permanência, e que tem na abstinência do uso de drogas o objetivo final e a condição para a assistência prestada. Em um progressivo estreitamento de vínculos com o Governo Federal, as CTs foram inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), passaram a ser financiadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e foram regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)¹⁻⁴. Esse apoio político e financeiro do Estado brasileiro às CTs tem sido objeto de numerosas críticas, principalmente por parte de movimentos defensores dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Redução de Danos (RD), em

um polêmico quadro de embates políticos com desdobramentos na esfera judicial.

O presente estudo tem o objetivo de analisar a escolha do Estado brasileiro em regulamentar e investir nas CTs, especificamente do ponto de vista da Reforma Psiquiátrica. Para isso, empreendemos uma análise do modelo de cuidado das CTs à luz de princípios da Reforma Psiquiátrica: pressupõe-se que o investimento de recursos públicos deve ocorrer em modelos institucionais que respeitem os princípios da política oficial de saúde mental do SUS; de forma que, ao analisarmos o modelo de cuidado das CTs a partir de princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, é o próprio investimento do Estado brasileiro nesse tipo de instituição que está em análise.

Dada a sua importância para a Reforma Psiquiátrica brasileira, optamos por orientar nossa discussão por uma experiência da década de 1960 que teve o objetivo de operar mudanças no modo de funcionamento de um hospital psiquiátrico da Itália. As críticas ao asilo empreendidas nesta instituição italiana – liderada por Franco Basaglia e também alcunhada de Comunidade Terapêutica – foram incorporadas à Reforma Psiquiátrica brasileira sob a forma de princípios e diretrizes.

As principais críticas da CT italiana se dirigiam à função do hospital psiquiátrico na dinâmica social e aos saberes que lhe davam aporte; de sorte que, para viabilizar um diálogo entre a CT italiana e as CTs brasileiras, será necessário recorrermos a textos que caracterizam o modelo de cuidado destas últimas, e que evidenciem seu lugar na dinâmica social brasileira, bem como os saberes que sustentam seu modo de funcionamento. A seleção e a leitura dos textos utilizados foram orientadas por essa preocupação.

É relevante informar que a principal referência que empregamos para caracterizar o modelo de cuidado das CTs brasileiras foi uma nota técnica do

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁵ (IPEA) resultante de pesquisa empírica que reuniu dados quantitativos e qualitativos dedicados a traçar o perfil atual das CTs. Subsidiariamente, utilizou-se o livro de De Leon⁶, a “(...) principal obra (...) voltada à difusão do modelo de cuidado das CTs” (p. 8, n.r. 5)⁵ no Brasil. Embora não reflita diretamente a prática das CTs brasileiras, a dispersão nacional²¹ e o detalhamento do texto de De Leon⁶ são atributos que lhe qualificam para depreender algumas de suas características.

O corrente cenário de debates que vêm sendo travados nacionalmente acerca do lugar das CTs na política de atenção à saúde de pessoas que usam drogas torna relevantes estudos que – como este – se empenhem na realização de um exame criterioso do modelo de cuidado das CTs. Tais estudos são justificados pela necessidade de fundamentação científica das ações do Estado na área das drogas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 As CTs psiquiátricas

O termo Comunidade Terapêutica não é restrito ao campo de atenção à saúde de usuários de drogas. Experiências da Inglaterra e Itália que tiveram o fito de operar mudanças no modo de funcionamento de hospitais psiquiátricos receberam esta alcunha. Essas e outras experiências foram motivadas por denúncias de violências sofridas pelos sujeitos que se encontravam internados, e críticas dirigidas aos saberes que sustentavam o funcionamento dos manicômios e à função social deste modelo institucional⁹.

A CT psiquiátrica inglesa, desenvolvida após a segunda guerra mundial, buscava a humanização do asilo, partindo da premissa de que o

conjunto das relações institucionais tem efeito terapêutico sobre os indivíduos. Para isso, a CT inglesa operou a horizontalização do espaço institucional, em que a resolução de todos os aspectos do cotidiano (de questões administrativas a situações de abandono ou violência) contava com a participação de pacientes, familiares e equipe técnica – almejando-se o investimento e a responsabilização destes atores no tratamento⁹.

Essas poucas palavras são suficientes para nos situar em relação à CT de Gorizia, Itália, onde um grupo liderado por Franco Basaglia se inspirou na experiência inglesa para também intervir em um hospital psiquiátrico¹⁰.

Todavia, a ação empreendida em Gorizia introduziu uma importante diferença com relação à CT inglesa.

Basaglia¹⁰ identificou uma constante nos pacientes psiquiátricos que sofriam os efeitos iatrogênicos da institucionalização: a exclusão social. Por serem oriundos de classes sociais desfavorecidas, esses indivíduos não podiam arcar com tratamentos alternativos, ou exercer qualquer controle sobre a relação estabelecida com os profissionais da instituição. Assim, aqueles que já foram excluídos dos meios de produção e da vida em sociedade tinham como único prognóstico a internação por tempo indeterminado em uma instituição que dispensava um tratamento que não os reconhecia como seres humanos, mas como doentes.

Nesse sentido, Basaglia¹⁰ percebe uma continuidade entre a violência perpetrada pela sociedade ao excluir alguns de seus segmentos, e a ação violenta dos manicômios – circunstâncias nas quais psiquiatras e demais profissionais que sustentam determinado funcionamento dos asilos atuam apenas como mandatários do sistema sociopolítico amplo. Essas instituições em que a violência e a exclusão são exercidas em nome da ordem social foram chamadas por Basaglia¹⁰ de “instituições da violência” (p. 101). Nos manicômios (e em

outras instituições), a violência é dissimulada pela ação de especialistas que exercem uma “violência técnica” (p. 102): valendo-se do diagnóstico de doença mental, o asilo, de um só golpe, legitima a necessidade de exclusão social da loucura, e desonera a sociedade do estorvo de lidar com suas próprias contradições – corporificadas pela existência de um indivíduo que foge a suas normas. Logo, trata-se de um processo no qual a sociedade tem participação capital, porque delega aos médicos o exercício de uma violência que, pelo recurso a atos terapêuticos, deverão conformar o louco à sociedade – da qual ele é vítima de uma violência original, porque foi confinado às suas margens e posteriormente encerrado dentro dos muros do manicômio¹⁰.

Ao se dar conta do lugar arranjado para os saberes e a prática da psiquiatria na dinâmica social, Basaglia¹⁰ conclui ser necessário adotar o expediente de colocar a doença mental entre parênteses ao abordar os sujeitos. O que se propunha não era propriamente negar a existência de entidades nosográficas e os saberes correlatos; mas abordar o paciente despido de tudo o que pudesse predeterminar a conduta do profissional de saúde. Caso contrário, a relação desses trabalhadores com o indivíduo não ultrapassa as expectativas daquilo que se entendia por doença mental, tendo em vista as implicações clínicas deste conceito.

É pelo empenho em estabelecer outra relação entre os cuidadores e os que são cuidados que a intervenção no Hospital de Gorizia é declaradamente inspirada na CT inglesa, promovendo a horizontalização e a democratização das relações entre todos os integrantes do manicômio. Entretanto, a transformação preconizada em Gorizia não aceitava a CT como um fim em si mesmo; porque, assim procedendo, as mudanças efetuadas limitar-se-iam ao aperfeiçoamento técnico da instituição psiquiátrica – e, conseqüentemente, do sistema sociopolítico amplo. Quando o manicômio se transforma “(...) em um asilo

risonho de domésticos agradecidos (...)” (p. 115)¹⁰, ele se torna também mais eficiente, porque os métodos mais refinados e supostamente menos violentos atenuam o conflito entre a loucura e a sociedade. Assim, uma experiência inicialmente questionadora da dinâmica de violência e exclusão da sociedade se torna a ela integrada – aperfeiçoando o que se propunha a combater.

Para que a instituição psiquiátrica não se restrinja a trabalhar pela resignação dos indivíduos à condição de doentes e internos do hospital psiquiátrico; Basaglia¹⁰ conclui que uma comunidade será terapêutica somente se evidenciar para todos os seus integrantes a dinâmica de exclusão presente não apenas no interior da instituição psiquiátrica, mas também na sociedade como um todo. Ao abordar o tema abertamente com os pacientes, visava-se lhes dar condições para enfrentar a violência e a exclusão de que eram (ou são) objeto.

Nesse contexto, por reconhecer e intervir na preponderância do fator sociocultural na determinação das práticas de cuidado destinadas às pessoas em sofrimento psíquico, a CT italiana foi deliberada estratégia política para intervir na forma como a sociedade lidava (ou lida) com a loucura. Somente com o acesso à liberdade e com as condições para viver com dignidade que cada paciente terá condições de encontrar sua cura¹⁰; sendo insuficientes as mudanças administrativas e de humanização restritas ao interior do hospital psiquiátrico. Esse posicionamento clínico-político tem como consequência lógica a negação de todas as instituições manicomiais – da estrutura física aos saberes, práticas e poderes que lhe dão sustentação – e a restituição das pessoas em sofrimento psíquico ao convívio social.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto um movimento político iniciado na década de 1970, incorporou o ponto de vista italiano sob a forma de princípios; e “(...) vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições e práticas psiquiátricas vigentes,

mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas” (p. 12)⁹.

À sua maneira, a Reforma Psiquiátrica brasileira busca a superação do modelo manicomial, construindo uma alternativa de atenção à saúde mental que estabeleça outra relação com as pessoas em sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica foi adotada pelo Estado brasileiro, consolidou-se como a política oficial do SUS; e, em contraposição ao modelo hospitalar de isolamento dos sujeitos, tem ofertado e ampliado uma rede integrada de assistência à saúde que seja acessada em liberdade, em serviços de base territorial que trabalhem de forma articulada e que promovam a autonomia, o protagonismo e a reinserção social dos usuários dos serviços^{11,12}.

2.2 A política brasileira de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas

No século passado, o Brasil aderiu a uma política internacional de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas: o proibicionismo. Por isso, durante grande parte do século XX o Estado brasileiro preteriu ações de atenção à saúde em favor da construção de um aparato jurídico-institucional para controlar o consumo e a comercialização das drogas¹³.

A partir da década de 1970, quando a legislação e a organização da atenção à saúde sofreram maiores influências da medicina¹³, as pessoas que fizessem uso de drogas passaram a ser encaminhadas para tratamento após avaliação psiquiátrica¹⁴. Se inicialmente o usuário de drogas era considerado um criminoso, doravante ele poderia ser também um doente (com o tratamento mantido dentro da esfera penal) – circunstâncias em que Machado e Miranda¹³ notam uma aliança entre a medicina e os mecanismos de controle e repressão.

Para Alves¹⁵, o uso de drogas é explicado pela perspectiva proibicionista de duas maneiras: ou sob o viés da moralidade, como uma prática criminosa; ou como uma patologia biologicamente determinada. Embora os dois modelos explicativos redundem em intervenções distintas – para o primeiro, o encarceramento, e para o segundo, o tratamento visando à abstinência –, ambos perseguem a eliminação do consumo de drogas¹⁵; do que se pode deduzir que a atenção à saúde de usuários de drogas em que a abstinência constitui o foco e a condição para o tratamento é o correlato histórico da política de repressão ao consumo e ao tráfico de drogas.

O surgimento das primeiras CTs costuma ser atribuído à omissão do Estado brasileiro frente à crescente demanda de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas^{5,12,14,15}. Contudo, é notório que as CTs tenham surgido quando o Estado se restringia a controlar e reprimir o uso de drogas, olvidando ações de assistência à saúde – o que pode ser tomado não somente como uma coincidência histórica, mas como o indicativo de uma aliança em torno de um objetivo comum: a eliminação do consumo de drogas. Nessa direção, Passos e Souza¹⁶ apontam o lugar complementar das CTs na fixação da abstinência como “(...) um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política do tratamento para usuários de drogas” (p. 157).

Tal cenário começou a ser transformado em 1989, com a primeira experiência de RD no Brasil, ocorrida no município de Santos-SP – mesmo ano e cidade da célebre intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico que foi fechado e substituído por uma rede de atenção à saúde de base territorial. Desde então, a Reforma Psiquiátrica brasileira logrou avanços substanciais na política de saúde para as pessoas em sofrimento psíquico; porém,

não conseguiu encampar com os mesmos resultados a discussão sobre os parâmetros da atenção à saúde mental para pessoas que fazem uso de drogas¹¹.

Somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, o Ministério da Saúde¹² reconheceu o fenômeno do uso de drogas como uma questão de saúde pública, tendo posteriormente estabelecido o paradigma da RD aliado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS como orientadores da política de atenção à saúde destinada a usuários de drogas. Para isso, o Ministério da Saúde¹² precisou admitir que um serviço de saúde que estabelece a abstinência como o ideal a ser alcançado por todos é excludente, uma vez que repele aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso; o que é agravado pela exclusão social – decorrente da estigmatização e do preconceito de que são objeto.

Para superar essa realidade, o Ministério da Saúde¹² propôs uma política de cuidados que almeja que os serviços de saúde não sejam os únicos vetores de inclusão, respeito e acolhimento aos usuários de drogas, mas que essa responsabilidade se estenda à sociedade como um todo – já que, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, seus objetivos abarcam uma intervenção crítica junto à sociedade¹². Destes objetivos, destacamos: garantir direitos e cidadania aos indivíduos que fazem uso de drogas; promover a saúde e não necessariamente a abstinência, facilitando o acesso e a adesão aos serviços de saúde; desconstruir estigmas, crenças e normas sociais associados ao uso de drogas; reconhecer a singularidade e respeitar as escolhas de cada sujeito, promovendo sua autonomia, seu protagonismo e, portanto, sua corresponsabilidade pelo direcionamento do tratamento; e ofertar uma assistência à saúde mental em rede de base territorial (RAPS) e articulada aos demais serviços e recursos do território, com vistas à reabilitação e à reinserção social das pessoas que usam drogas (Brasil, 2004). Ao fazer essa proposta, o

Ministério da Saúde¹² se opôs nominalmente ao modelo de cuidado ofertado pelas CTs para usuários de drogas.

Alguns anos depois, um discurso alarmista em relação a uma suposta epidemia de uso de crack no Brasil surgiu e se disseminou. Mesmo sem a existência de dados epidemiológicos que fundamentassem a celeuma que se criou¹⁴, o Estado brasileiro respondeu à dita epidemia com uma série de ações, abrindo um amplo e crescente espaço para as CTs na política de saúde na área das drogas; dentre as ações, citamos: o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, elaborado em 2010 e que prevê o financiamento de CTs pelo Governo Federal; a inserção das CTs na RAPS em 2011; e a regulamentação do funcionamento dessas instituições em 2011 pela ANVISA, e em 2015 pelo CONAD¹⁻⁴.

2.3 O Processo de Padronização e Profissionalização das CTs brasileiras

Esse investimento político e financeiro do Estado é o pivô de um processo de reordenamento institucional das CTs identificado pelo IPEA⁵: impulsionadas pela necessidade de se adequarem às normativas vigentes^{3,4} (pré-requisito para obtenção de recursos públicos), e de reagir à pressão de organizações e entidades que defendem os princípios da Reforma Psiquiátrica e da RD (que acirraram a disputa pelo direcionamento da política de saúde mental da área das drogas); as CTs iniciaram um processo de padronização de metodologias de atenção (procedimentos, regras, rotinas e práticas terapêuticas) e profissionalização (capacitação dos membros das equipes, e inserção de profissionais com formação técnico-científica contratados, cujos saberes e práticas são implantados no cotidiano das CTs).

O modelo de CT descrito por De Leon⁶ passou por um processo similar, sendo pertinente observá-lo. De Leon⁶ informa que todas as CTs derivaram de uma mesma instituição – chamada *Synanon* – fundada e administrada unicamente por ex-usuários de drogas, e que por isso se constitui como uma abordagem leiga de autoajuda. Essa primeira experiência se disseminou por todo o Mundo, mas foi alterada ao longo de sucessivas gerações de CTs. Uma das fontes de alteração foi a inserção de profissionais da área da saúde na composição das equipes dos programas, os quais introduziram metodologias técnico-científicas ao cotidiano de trabalho das CTs, e traduziram as características, os conceitos e as práticas desse modelo de cuidado para a linguagem de algumas disciplinas científicas – um quadro que assinalou “(...) a evolução da CT de uma abordagem de autoajuda esotérica e alternativa para uma modalidade de atenção humana inserida na corrente principal” (p. 27)⁶.

Em que pese a influência do conhecimento científico na fundamentação e na prática cotidiana das CTs, os profissionais e pesquisadores que se envolveram nesta empreitada estavam comprometidos “(...) com a manutenção da ‘pureza’ do modelo de programa da comunidade terapêutica” (p. 26)⁶. Não obstante, uma grande quantidade de modalidades de CTs se formou; e, diante de tal multiplicidade, diversos pesquisadores e profissionais – dentre eles, De Leon⁶ – se debruçaram sobre a tarefa de discernir (e até pactuar) os parâmetros mínimos desse modelo de cuidado – tendo por base a experiência prototípica de *Synanon*. Em suma, a ação de pesquisadores e profissionais com formação técnico-científica que se envolveram no empreendimento das CTs teve como objetivo a conservação e a legitimação das CTs junto à comunidade científica, à saúde pública e à sociedade⁶.

No Brasil, o processo de padronização e profissionalização – que compreende a estipulação de parâmetros mínimos de funcionamento (pela

regulamentação estatal) e a implantação de saberes e práticas técnico-científicos – também conservou o modelo de cuidado das CTs. Essa assertiva poderá ser verificada a seguir, quando nos atentarmos às semelhanças existentes entre a CT de De Leon⁶ – que se ocupa em descrever os parâmetros mínimos deste modelo – e as CTs nacionais⁵.

E considerando que o não reconhecimento social das CTs brasileiras é atribuído à falta de adequação de muitas dessas instituições a parâmetros de natureza técnico-científica e técnico-administrativa^{7,8}; entendemos que o processo de padronização e profissionalização em curso no Brasil também serve à legitimação dessa alternativa de atenção. Nesse contexto, mesmo que os profissionais da área da saúde que compõem o quadro funcional das CTs nacionais não sejam tão comprometidos com a conservação desse modelo de cuidado como aqueles citados por De Leon⁶; o fato de sua inserção ser um dos elementos do processo de padronização e profissionalização que resulta na legitimação social das CTs os torna corresponsáveis por essa legitimação – especialmente quando a prestação de seus serviços ocorre de forma acrítica e harmônica com o programa das CTs.

2.4 As CTs brasileiras para usuários de drogas

O já citado processo de padronização e profissionalização brasileiro resulta em certa homogeneidade nas características das CTs, o que autoriza o IPEA⁵ a fazer algumas generalizações: as CTs são instituições organizadas em residências, destinando-se a sujeitos que fazem uso problemático de drogas, onde são isolados do convívio social por um longo – porém determinado – período de tempo, para que possam se tornar definitivamente abstêmios do uso

de drogas, e adquirir valores morais e éticos tidos como necessários ao convívio social.

Um aspecto essencial do método é a convivência com o ‘grupo de pares’ (p. 9)⁵, que busca possibilitar a exemplaridade, uma função exercida pelos residentes que estão conseguindo permanecer abstêmios e que, por isso, demonstram aos demais a viabilidade da proposta das CTs. Para realçar a posição modelar desses internos, as CTs têm uma estrutura hierárquica, na qual eles ascendem aos postos de coordenadores e monitores, ganhando *status* na instituição. Nessa condição, além de exemplos a serem seguidos, os sujeitos exitosos cumprem funções de suporte e vigilância⁵.

O IPEA⁵ também entende que a abordagem das CTs brasileiras é ancorada no “tripé trabalho-disciplina-espiritualidade” (p. 35): o trabalho consiste em atividades de manutenção das instituições, produtivas ou de geração de renda. O aspecto disciplinar é denotado pelas regras de convivência e respectivas sanções às quais os residentes estão sujeitos, bem como pela rigorosa rotina de atividades às quais devem se submeter (trabalho, práticas espirituais e/ou religiosas, terapias psicológicas, grupos de ajuda mútua, etc.). E a espiritualidade se consubstancia pela prática de atividades espirituais e/ou religiosas, não necessariamente de uma doutrina específica – sendo um denominador comum a todas as CTs a compreensão de que se deve promover a fé em “(...) em ‘um ser superior’ (divino) por entendê-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos (...)” (p. 20)⁵.

Combinados – trabalho, disciplina e espiritualidade –, servem ao propósito de promover não somente a abstinência do uso de drogas; mas também uma “reforma moral” que abrange a transformação de estilos de vida e condutas, e a produção de ‘novos sujeitos’ (p. 9)⁵. Ou seja, espera-se que com o cumprimento das regras institucionais, o engajamento nas atividades cotidianas

propostas, a convivência com o grupo de pares e a orientação da equipe multiprofissional, os residentes passem por uma profunda transformação pessoal⁵. Esse plano ampliado de intervenção se fundamenta em representações acerca dos dependentes químicos, os quais “(...) teriam características cognitivas e comportamentais inadequadas ao ‘bem viver’, tais como ‘carências de percepção’ e de ‘compreensão da realidade’, assim como ‘deficiências de julgamento’, ‘pouca autoestima’, ‘intolerância aos incômodos’, ‘irresponsabilidade perante si e os outros’, entre outros atributos (p. 8)”⁵.

O IPEA⁵ identificou tal posicionamento no discurso de dirigentes e profissionais das CTs brasileiras, e na obra de De Leon⁶. E, com efeito, também observamos que De Leon⁶ apresenta uma perspectiva sobre os dependentes químicos em termos de falhas, carências, problemas, dificuldades e inadequações de natureza subjetiva, interpessoal, social, psicopatológica e moral.

Em De Leon⁶, o programa da CT espera que os residentes reconheçam em si próprios essas características pessoais, as quais – tal como ocorre com as CTs brasileiras⁵ – justificam que se exija a abstinência do uso de drogas, e a ruptura com histórias pessoais, alcançando “(...) uma mudança tanto de estilo de vida, como da identidade pessoal” (p. 91)⁶. E mais, a nova identidade a ser assumida tem um explícito delineamento de comportamentos, condutas e valores morais prescritos e proscritos, constituindo uma espécie de código ético-moral que se convencionou chamar de “bem viver”⁶. Ou seja, trata-se de um processo ao cabo do qual se espera que os sujeitos aprendam a se identificar e a conduzir o restante de suas vidas de acordo com esse “bem viver”, cujos “(...) valores, normas e crenças estão em continuidade com os valores, normas e crenças convencionalmente aceitos na sociedade” (p. 181)⁶.

Como é possível observar, em linhas gerais, o perfil das CTs nacionais descrito pelo IPEA⁵ coincide com a CT de De Leon⁶: ambos buscam a abstinência definitiva e a reforma íntima dos usuários de drogas por meio do isolamento social, convivência com o grupo de pares, cotidiano de disciplina e trabalho, e intervenções de profissionais de saúde^{5,6}.

Não obstante, encontramos uma diferença relevante entre as duas modalidades: enquanto as CTs Brasileiras⁵ são, em sua maioria, vinculadas a organizações religiosas e a crença em alguma divindade se constitui como um elemento essencial da abordagem; na CT de De Leon⁶, a responsabilidade e o esforço individual dos usuários de drogas são mais importantes para a conquista da sobriedade e para a aquisição da nova identidade, do que a religiosidade. Por outro lado, mesmo proclamando um distanciamento entre o programa da CT e o exercício da espiritualidade, De Leon⁶ reconhece que as concepções sobre o “bem viver” são, em parte, guarnecidas por valores morais remanescentes da ascendência religiosa do modelo de CT para usuários de drogas: a origem da CT prototípica *Synanon* está vinculada aos Alcoólicos Anônimos (AA) que, por sua vez, se originou de um grupo religioso luterano. Nos dois casos, a crença em uma divindade – um “poder superior ao eu” não necessariamente ligado a uma religião específica no caso dos AA, e o Deus cristão no caso do grupo luterano – é enfatizada “(...) como a fonte espiritual última de mudança pessoal” (p. 19)⁶.

O lugar da religiosidade no modelo de cuidado das CTs pode começar a ser esclarecido quando nos atentamos ao objetivo comum entre as instituições nacionais⁵ e aquela descrita por De Leon⁶. Se ambas^{5,6} visam a uma “(...) reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si” (p. 9)⁵, antes de serem por princípio subordinadas a organizações religiosas, as CTs são uma abordagem que tem “afinidades eletivas” com as religiões, as quais encontram

nesse método um espaço para “(...) realizar suas ‘obras’ de moralização e transformação de subjetividades” (p. 20)⁵.

Adicionalmente, pode-se conjecturar que o objetivo de disseminar e multiplicar uma verdade às pessoas que usam drogas presente na CT de De Leon⁶ – que zela por separar o modelo de cuidado e a religião – é influenciado pelo vínculo histórico da CT *Synanon* com grupos para os quais o exercício da espiritualidade é um aspecto central. De forma que, mesmo que se queira laica, uma CT⁶ que não renuncie ao anseio de reformar subjetividades pela transmissão de verdades moralizantes conserva uma índole doutrinário-religiosa.

2.5 Fundamentos das práticas das CTs brasileiras

Qualquer atividade profissional na área da saúde se fundamenta em parâmetros sobre saúde/doença ou normalidade/anormalidade^{17,18}, e as CTs não fogem a esta regra. Para abordar criticamente as concepções que fundamentam a ação das CTs, utilizaremos as ideias de Schneider¹⁷, e Schneider e Lima¹⁸, que apresentam quatro modelos explicativos para a dependência de drogas; são eles: o jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural.

No modelo jurídico-moral, as intervenções junto aos usuários de drogas se constituem na repressão e no controle do uso de drogas associados a uma abordagem religioso-expiatória, que admite somente a abstinência como objetivo¹⁸. Fundamenta-se em princípios jurídicos ou morais-teológicos, dos quais derivam a visão das drogas como um mal a ser combatido. O uso de drogas é considerado uma consequência da fraqueza moral do indivíduo, que deve se tornar abstinência para se purificar e operar uma mudança interior pela transformação de valores e vida social, conformando-se “às regras de boa convivência humana” (p. 693)¹⁷. Essas concepções são fundamentadas na crença

em Deus ou num poder superior, que concebem o uso de drogas como um desvio da espiritualidade.

No modelo biomédico, a dependência é vista por uma perspectiva biológica, e as drogas são o agente de uma relação em que o indivíduo sofre passivamente seus efeitos – ou prejuízos, dado que as drogas são consideradas substâncias nocivas. A cura para essa doença recidivante e crônica – que é a dependência química – é a abstinência, a internação e a administração de psicofármacos^{17,18}.

O modelo psicossocial procura ampliar a noção de dependência química para além dos fatores orgânicos do modelo biomédico. Considera o papel ativo do sujeito no uso de drogas – e, conseqüentemente, no tratamento – , que interage sistemicamente com a droga e o meio. O uso de drogas tem funcionalidade na vida do indivíduo e, a partir de técnicas de base psicodinâmica ou comportamental, a intervenção terapêutica é centrada na relação sujeito-droga, e deve modificar o padrão de uso, com a abstinência como meta¹⁷.

Por fim, os autores^{17,18} abordam o modelo sociocultural, para o qual a toxicomania tem raízes nas contradições sociais, econômicas e ambientais. As intervenções focam nos determinantes sociais do uso de drogas, buscam a modificação no padrão deste sem, necessariamente, visar à abstinência – a RD. Preconiza-se o respeito à cidadania dos usuários, a garantia de acesso a cuidados integrais de saúde, e tem como principal meta terapêutica a redução de prejuízos associados ao uso/abuso de drogas.

Para Schneider¹⁷, muitos serviços de atenção à saúde de usuários de drogas utilizam uma mescla dos modelos de análise da dependência de drogas, que é refletida em uma amálgama de práticas oriundas de diferentes modelos de tratamento.

2.5.1 A CT como instituição orientada pelo Modelo Jurídico-Moral

A maior parte das CTs brasileiras é vinculada a organizações religiosas e, tendo em vista os diferentes níveis de assimilação do atual processo de padronização e profissionalização das CTs, onde “(...) algumas desenvolvem suas atividades sob preceitos poucos explícitos, demonstrando precária adequação à regulamentação existente, [e] outras parecem atentas ao debate acerca delas, e às normativas que vêm sendo estabelecidas” (p. 35)⁵; é crível concebermos a existência de CTs que orientem suas práticas tão somente por valores religiosos. Bucher¹⁹ chama este tipo de abordagem de “desintoxicação pela religião” (p. 243), em que sob a promessa de uma cura a ser paga pela submissão a princípios religiosos, a dependência de drogas se torna uma dependência ideológica. As CTs que atuam deste modo devem ser classificadas no modelo jurídico-moral de explicação da toxicomania.

Não podemos deixar de notar que uma postura moralizante ante a dependência química prescinde de valores religiosos: perceber o uso de drogas como uma fraqueza frente à qual os sujeitos precisariam se tornar abastêmios e promover uma reforma moral para sua adequação ao bom convívio social do qual seriam refratários não é apanágio de religiosos. O Conselho Federal de Psicologia²⁰ corrobora essa afirmação quando, sem se referir diretamente à religião, apresenta posicionamento muito semelhante ao de Bucher¹⁹ e diz que o tratamento proposto pelas CTs visa à “(...) construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada” (p. 190)²⁰. Nesse sentido, qualquer CT que parta de julgamentos morais sobre os indivíduos para propor a abstinência e a conformação de suas identidades e condutas pessoais a ideais ético-morais socialmente aceitos será

uma instituição cuja abordagem é consoante com o modelo jurídico-moral – mesmo que princípios religiosos não exerçam influência alguma em seu funcionamento.

Por essa ótica, não há diferença substancial entre uma CT brasileira que professe esta ou aquela orientação religiosa; que deposite a força da recuperação na crença em uma divindade indeterminada; ou mesmo que separe explicitamente a prática da espiritualidade e a proposta de cuidado: as CTs são um modelo institucional cuja abordagem é, invariavelmente, orientada pelo modelo jurídico-moral de explicação da toxicomania.

2.5.2 O Modelo Biomédico e o Modelo Psicossocial em De Leon

Tendo em mente o alerta¹⁷ de que muitos serviços de atenção a usuários de drogas orientam suas práticas por uma mescla de modelos de análise da dependência química; examinaremos a presença dos modelos biomédico e psicossocial em De Leon⁶ para posteriormente derivar algumas proposições para as CTs brasileiras.

Recordemos⁶ que os pesquisadores e profissionais com formação técnico-científica que fizeram suas contribuições às CTs se empenharam em conservar as características essenciais deste modelo institucional. Nesse cenário, os saberes e práticas técnico-científicos se integram e até modificam em alguma medida a perspectiva da CT⁶; mas sobretudo se subordinam ao objetivo (do modelo jurídico-moral) de promover a abstinência e a mudança de estilos de vida e de identidade. Assim, embora na CT de De Leon⁶ se admita que fatores orgânicos, sociais e psicológicos cooperam na etiologia da dependência química; acentua-se a intencionalidade – e, por conseguinte, a responsabilidade – dos usuários de drogas na causação e na “recuperação” da toxicomania: “(...) na

concepção da CT, a recuperação é sempre responsabilidade do indivíduo, seja qual for a etiologia do uso abusivo de substâncias” (p. 44)⁶.

A consequência disso para o modelo biomédico é que na CT descrita por De Leon⁶ a compreensão da toxicomania enquanto uma doença da qual o sujeito sofre passivamente os efeitos é obliterada no direcionamento das intervenções cotidianas. Não obstante, a CT⁶ se vale de concepções consagradas pelo modelo biomédico de análise da dependência química – como o imperativo de interromper definitivamente o uso de drogas, e as noções de fissura, de perda do controle do uso de drogas, de crises de abstinência, etc. – para fundamentar sua perspectiva acerca dos residentes e sua proposta interventiva. Nesse contexto, a base orgânica proveniente do modelo biomédico se integra à perspectiva e à abordagem da CT⁶, e cumpre função de alicerçar e legitimar o modelo de cuidado.

Os saberes e práticas do modelo psicossocial passam por um processamento semelhante, integrando-se ao programa da CT⁶, e contribuindo para sua fundamentação e legitimação: o uso de drogas é tomado em sua funcionalidade na vida da pessoa; considera-se a articulação da tríade indivíduo-droga-contexto para compreender o uso problemático de drogas; e o alvo da intervenção é a relação sujeito-droga, visando à abstinência. Além disso, o acento dado pela CT descrita por De Leon⁶ à vontade e ao esforço individuais para a conquista dos objetivos institucionais podem ser tomados como a expressão de uma visão subjetivista, ancorada no “mito de um psiquismo autossustentado” (p. 693)¹⁷.

2.5.3 *Derivações para as CTs brasileiras*

Por reproduzirem a obra de De Leon⁶, o material didático dos cursos ofertados pela SENAD^{7,8} apresentam ideias bastante similares às dele, sendo possível notar que os modelos biomédico e psicossocial fundamentam e legitimam a abordagem ensinada. O importante papel desempenhado por cursos como estes^{7,8} e pelo livro de De Leon⁶ no processo de padronização e profissionalização das CTs brasileiras⁵ nos leva a inferir que o modelo biomédico e o modelo psicossocial também podem ser encontrados na realidade cotidiana de nossas CTs.

Acrescente-se que o IPEA⁵ identificou um número significativo de CTs brasileiras que admitem o uso de psicofármacos (incompatível com a CT de De Leon⁶, como já afirmado), e uma grande homogeneidade quanto ao emprego de psicoterapia individual e em grupo (elementos acessórios ao programa terapêutico da CT de De Leon⁶, centrado na autoajuda). Esses dados indicam que no Brasil os modelos biomédico e psicossocial exercem maior influência sobre a forma pela qual os residentes são vistos e tratados.

Nossas elaborações permitem concluir que – tal como em De Leon⁶ – as CTs brasileiras utilizam uma mescla de três modelos de análise da dependência química (jurídico-moral, biomédico e psicossocial); e, a partir de uma visão subjetivista, moralista e psicopatologizante da drogadição, justificam a adoção da abstinência e da mudança de estilos de vida e de identidade como metas terapêuticas.

Para Schneider¹⁷, sínteses contraditórias como esta (em que modelos de análise se articulam para compor o programa de uma alternativa de atenção) são explicadas pela noção de que as ações de saúde devem visar à abstinência do uso de drogas; e o que viabiliza tal articulação é uma visão acrítica, ahistórica, não

dialética – e, portanto, determinista – dos fatores em ação na causação da dependência química. Assim, estabelece-se um consentimento mútuo pelo objetivo comum: a abstinência deve ser alcançada a qualquer custo, nem que seja ao preço da liberdade e da identidade, em instituições que visam à adaptação dos sujeitos ao convívio social – e com histórico de denúncias de violações de direitos²⁰.

Por fim, é relevante dizer que o IPEA⁵ encontrou uma “(...) expressiva convergência entre os métodos terapêuticos e atividades rotineiras (...)” (p. 22)⁵ nas CTs brasileiras. Esse dado faz supor certa invariabilidade na fração de participação de cada um dos modelos de análise da dependência química nas CTs nacionais. Por outro lado, não podemos passar ao largo do abundante número de CTs existentes²²; do fato de que as atividades desenvolvidas em cada uma delas dependem dos recursos humanos e financeiros disponíveis; e dos diferentes níveis de assimilação ao processo de padronização e profissionalização das CTs nacionais⁵. Ou seja, presume-se uma heterogeneidade dessa abordagem de cuidado no Brasil.

Diante do exposto, e considerando o modelo jurídico-moral de análise da dependência química como o elemento estruturante de todas as CTs; concebemos esquematicamente o seguinte panorama nacional: há CTs que orientam suas práticas somente pelo modelo jurídico-moral, e aquelas que combinam o modelo jurídico-moral com o modelo biomédico e/ou com o modelo psicossocial de explicação da dependência química; e a ênfase em um ou mais modelos dependerá dos recursos à disposição da CT; da composição, formação acadêmica e atuação de sua equipe de funcionários; das metodologias de intervenção adotadas; e de sua inserção na discussão sobre a padronização e a profissionalização das CTs.

2.6 A CT italiana e as CTs brasileiras

As CTs brasileiras surgiram impulsionadas por um momento histórico em que a atenção à saúde e o proibicionismo tinham o mesmo objetivo: a abstinência. Com um discurso de medo decorrente de uma suposta epidemia do crack e da periculosidade de seus usuários, as CTs ganharam maior força política, justificada pela necessidade de ofertar alternativas de atenção à saúde¹⁴. Ao notar que a ação de retirar os usuários de drogas das ruas das cidades não se faz mais pelo encarceramento, mas pela assistência à saúde, Silva¹⁴ propõe haver um “continuum punição-tratamento” (p. 59). Nesse sentido, as CTs podem ser consideradas “instituições da violência” (p. 101)¹⁰ por continuarem de forma técnica a função social de excluir os usuários de drogas. Observe-se que a violência exercida pelas CTs é – tal como acontecia com os manicômios¹⁰ – mais refinada, porque dissimula a segregação de indivíduos do convívio social com o discurso de garantir o direito à saúde. Portanto, apresentar os usuários de drogas como doentes (e não mais criminosos) que precisam ser internados para tratamento (e não mais encarcerados) legitima a exclusão social desses sujeitos, e desonera a sociedade da tarefa de lidar com aqueles que escapam a suas normatizações. Este é o ponto de partida de todas as CTs para usuários de drogas no Brasil, independentemente de serem mais (ou menos) técnicas ou humanizadas.

Vimos que a regulamentação e o financiamento das CTs pelo Estado brasileiro ensejaram o contexto para que estas fossem padronizadas e profissionalizadas⁵, em um processo que pode ser tomado como uma qualificação técnica dessas instituições. Olhando prospectivamente para este processo, podemos conjecturar que um funcionamento tecnicamente orientado das CTs associado à fiscalização diminua a ocorrência de práticas abusivas,

arbitrárias e violadoras de direitos²⁰. Nesse contexto, por mais que Basaglia¹⁰ visse algum benefício na mudança de concepção de trabalho operada pelas CTs inglesa e italiana; ele vislumbrava, principalmente, que uma intervenção que se restringisse à dinâmica institucional dos asilos perderia seu caráter contestador e se integraria ao sistema sociopolítico, tornando-se uma experiência reformista das instituições psiquiátricas. Por isso é que Basaglia¹⁰ foi além da proposta inglesa, e postulou a negação da estrutura física, saberes, práticas e poderes que sustentam os manicômios, a fim de efetivamente atingir a forma como a sociedade lidava com a loucura.

Transpondo esse objetivo para o contexto das drogas, é a relação que a sociedade estabelece com o fenômeno do uso de drogas que deve ser questionada. Assim, o viés reformista receado por Basaglia¹⁰ pode ser visto no processo de padronização e profissionalização das CTs brasileiras – com a diferença de que, neste caso, não percebemos qualquer intenção de questionar como a sociedade lida com as drogas; pelo contrário, vemos apenas a perpetuação de nossa realidade sociocultural, marcada pelo expediente de excluir e estigmatizar as pessoas que fazem uso de drogas: ao estabelecer a abstinência como condição e objetivo da assistência prestada; inculcar nos sujeitos a ideia de que suas histórias de vida devem ser percebidas em termos de erros, carências e inadequações de natureza subjetiva, social, psicopatológica e moral; e esperar que doravante operem uma ruptura com seu passado e se adaptem ao convívio social – seja por ensinamentos sobre “bem viver” em sociedade⁶, seja pela aquisição de valores morais-religiosos⁵ –; o programa das CTs continua e reproduz a relação da sociedade com o fenômeno do uso de drogas. Ou seja, mesmo com adequações técnicas e de humanização, o plano de cuidado das CTs é inarticulável a uma intervenção crítica junto à dinâmica social de exclusão e estigmatização das pessoas que usam drogas.

Por esse prisma, o resultado do processo brasileiro de padronização e profissionalização das CTs é o mesmo receado por Basaglia¹⁰ na Itália: a produção de instituições integradas ao sistema sociopolítico que apartam os sujeitos do convívio social de maneira supostamente menos violenta, porque mais técnica – e por isso mais eficaz em sua função de excluir. Nesse contexto, o compromisso de Basaglia¹⁰ em abandonar a cumplicidade com a violência e a exclusão é valioso: não basta transformar a instituição em sua interioridade, é necessário colocar entre parênteses os saberes e as práticas que a sustentam para então negar a instituição em si mesma.

No campo das drogas, muitos saberes e práticas conduzem à conclusão de que o tratamento a ser dispensado aos usuários de drogas deve visar à abstinência, a ser alcançada por meio do isolamento social. Se no Brasil inicialmente o ideal da abstinência tinha como propulsor o proibicionismo, recebeu posteriormente a força do discurso religioso e a chancela da medicina¹⁶. No que tange ao papel desempenhado pela medicina, Schneider¹⁷ questiona a cientificidade da noção de dependência enquanto uma doença, tendo em vista o reducionismo inerente a uma concepção que se fia apenas pelo aspecto orgânico. Para Schneider¹⁷, o expediente de tratar questões de cunho social apenas pela perspectiva biológica é um padrão que se repete na história da humanidade, e tem como funções a desresponsabilização da sociedade e a culpabilização dos indivíduos. Essa tendência pôde ser vista ao longo do século XX, em que a atenção à saúde de pessoas que usam drogas se deu pelo viés do controle do uso, visando à abstinência¹⁵; e também pode ser percebida em um modelo institucional que estabelece a abstinência do uso de drogas como condição para a assistência prestada.

Referimo-nos, portanto, ao lugar da abstinência na política sobre drogas – que cumpre a função de controlar e culpabilizar os usuários de drogas – bem

como aos saberes que legitimam a adoção dessa orientação nas práticas de saúde. Nessas circunstâncias, o posicionamento basagliano de recusar o mandato social conferido à medicina por notar o seu conluio com o sistema sociopolítico que exclui socialmente os loucos é pertinente. No caso das CTs, notamos que não somente a medicina, mas também saberes psicossociais podem se prestar à contraditória amálgama com perspectivas morais e teológicas para aperfeiçoar, endossar e/ou legitimar uma instituição voltada ao controle dos usuários.

Neste ponto, a crítica basagliana intercede no sentido de orientar os profissionais a colocarem a doença entre parênteses, deixando em suspenso tudo o que predetermine a intervenção a ser realizada ao abordar o sujeito – uma vez que se reconhece a cumplicidade entre o saber (e as práticas decorrentes) e a exclusão social¹⁰. Nas CTs, estão em jogo concepções da dependência química acrílicas, ahistóricas e não dialéticas de profissionais e pesquisadores que não percebem a reprodução das relações de poder impregnadas no corpo de seus saberes e práticas¹⁷; e que, por isso, determinam aprioristicamente a abstinência como única meta terapêutica.

Por conseguinte, é a ideia da abstinência – em torno da qual um emaranhado de saberes, discursos e poderes se une – que sustenta a prática das CTs. E, se o juízo prévio de que os usuários de drogas precisam se tornar abstêmios para acessar os serviços de saúde não puder ser, no mínimo, colocado entre parênteses; permaneceremos compactuando para que esses sujeitos sejam tratados como bandidos, doentes mentais ou moralmente fracos, e exercendo uma “violência técnica” (p. 102)¹⁰ – ao legitimar e aperfeiçoar instituições que privam do convívio social e que pregam como única solução para a vida das pessoas que usam drogas a ruptura com seu passado (por valores como culpa e erro) e a submissão a ideais de convivência socialmente aceitos.

A aposta da saúde mental é tentar transformar a relação que a sociedade mantém com a loucura; o mesmo pode ser dito a respeito das drogas. E, nisso, a RD pode ser útil. Passos e Souza¹⁶ consideram que a RD tem o mérito de evidenciar as diversas formas de uso de drogas e, assim, denunciar a dinâmica de poder instituída a partir da identificação do sujeito que faz uso de drogas como criminoso e/ou doente. Pela participação ativa dos usuários, questiona-se a abstinência enquanto meta única dos serviços de saúde, e se abrem espaços para a construção de alternativas que não estejam interessadas em normalizar e disciplinar, como tem sido o caso do direito penal, da psiquiatria e da religião – e, acrescente-se, das ciências sociais e da psicologia. Enfim, a RD indica um caminho em que a ação do trabalhador de saúde mental pode conter e ultrapassar o nível teórico-técnico, para intervir politicamente – o que está em concordância com a Reforma Psiquiátrica brasileira, denotando a pertinência da adoção da RD na política de saúde mental na área das drogas.

Por fim, temos apenas uma ressalva a fazer às afirmações de Schneider¹⁷, e Schneider e Lima¹⁸: é possível que um posicionamento clínico de responsabilização do sistema sociopolítico amplo se conjugue a outro de promoção da responsabilidade e da autonomia dos usuários de drogas – sem que isso implique necessariamente em estipular a abstinência como objetivo único da atenção à saúde. Aliás, conforme Assis, Barreiros e Conceição¹¹, a política nacional de saúde mental para pessoas que fazem uso de drogas baseada na lógica ampliada da RD nasce de uma articulação de concepções oriundas do modelo psicossocial e do modelo sociocultural de explicação da dependência química.

3 CONCLUSÃO

A regulamentação e o financiamento públicos em CTs são o pivô de um processo de padronização e profissionalização das CTs brasileiras⁵; e, embora se pudesse supor que este processo redundaria na superação de contradições das ações do Estado no que tange à atenção à saúde mental na área das drogas, é notória a incompatibilidade entre o projeto de intervenção das CTs brasileiras – com ou sem qualificação técnica, com ou sem direcionamento religioso explícito – e os princípios da Reforma Psiquiátrica: alternativas de atenção que tem a abstinência como objetivo único, que privam do convívio social, e que percebem os sujeitos a partir de falhas, carências e erros, impondo-lhes novos valores para que se adaptem às normas da boa conduta social; na verdade, continuam, reproduzem e, portanto, operam a favor da dinâmica social de exclusão e estigmatização que a política de saúde mental propõe superar. E, quando o Estado brasileiro investe política e financeiramente nessas instituições, no lugar de estar promovendo a implicação sociocultural pela transformação da relação da sociedade com as drogas, está – ao contrário – fortalecendo a visão preconceituosa sobre as drogas e as pessoas que delas fazem uso. Em suma, mais do que incoerentes ou contraditórias, o investimento de recursos públicos em CTs² e a sua inserção na RAPS³ são ações antinômicas às pretensões da política oficial de saúde mental – já que, assim procedendo, o Estado brasileiro trabalha em desfavor dos próprios desígnios.

Pelo fato de as CTs se constituírem como práticas sociais²⁰ que gozam de autonomia para determinar o próprio modelo de atendimento, as possibilidades de intervenção do Estado brasileiro são limitadas. Para atuar em conformidade com sua política de saúde na área das drogas, restam-lhe apenas ações que seriam apropriadas a quaisquer outras instituições sociais, tais como:

o cumprimento de seu dever de zelar para que os cidadãos acolhidos nas CTs não sofram violações de direitos, e a promoção de práticas educativas junto aos funcionários dessas instituições que visem à desconstrução de determinados estigmas e preconceitos associados ao uso de drogas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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. Diário Oficial da União, 21 Mai. 2013. Seção 1, p. 37-40.
2. 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, 21 Mai 2010. Seção 1, p. 43.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC 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, 01 Jul 2011. Seção 1, p. 62-63.
4. Ministério da Justiça (BR). Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de Agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas 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, 28 Ago 2015. Seção 1, p. 51-52.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica nº 21: perfil das comunidades terapêuticas brasileiras [Internet]. Brasília: Livraria Ipea; 2017 Mar [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

6. De Leon G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. 5a ed. Sobral A, Bartalotti C, Gonçalves MS, tradutores. São Paulo: Edições Loyola; 2014. 476 p.
7. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e afins [Internet]. 3a ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://www.fenaprevencao.senad.gov.br/pluginfile.php/20718/mod_resource/content/2/FeNaPrevencao_3ed.pdf.
8. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 6: modalidades de tratamento e encaminhamento [Internet]. 7a ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014b [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: https://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod6.pdf.
9. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
10. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, coord. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Jahn H, tradutor. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985. p. 99-133.
11. Assis J, Barreiros G, Conceição MI. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2013 Dez;16(4):584-596.
12. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_ministerio_saude_atencao_integral_usuarios_alcool_drogas.pdf.
13. Machado A, Miranda P. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2007 Jul-Set;14(3):801-821.
14. Silva C. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p. 51-68 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em:

<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/mais-substancias-para-o-trabalho-em-saude-com-usuarios-de-drogas-pdf>.

15. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Nov;25(11):2309-2319.
16. Passos E, Souza T. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*. 2011;23(1):154-162.
17. Schneider D. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):687-698.
18. Schneider D, Lima D. Implicações dos modelos de dependência de álcool e outras drogas na rede básica de saúde. *Psico*. 2011 Abr-Jun;42(2):168-178.
19. Bucher R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
20. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas [Internet]. 2a ed. Brasília: CFP; 2011 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.
21. As edições brasileiras (atualmente a 5ª edição) e a divulgação deste livro são apoiadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (a principal entidade representativa das CTs no Brasil)⁵; e, além disso, seu conteúdo é reproduzido em larga medida por cursos de capacitação ofertados pela SENAD^{7,8}.
22. A pesquisa do IPEA⁵ foi realizada tendo por base um cadastro nacional que, em 2009, já contava com aproximadamente 2 mil CTs.