UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

TIAGO ALVES MIRANDA

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: HISTÓRIA, POLÍTICA E IDEOLOGIA

BRASÍLIA - DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

TIAGO ALVES MIRANDA

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: HISTÓRIA, POLÍTICA E IDEOLOGIA

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

BRASÍLIA - DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

TIAGO ALVES MIRANDA

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: HISTÓRIA, POLÍTICA E IDEOLOGIA

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

_____
Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

_____
Avaliador 1

_____
Avaliador 2

BRASÍLIA – DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Para meus pais, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo apoio da vida inteira.

A Danielle, pelo apoio, compreensão e amor.

A Karine, Carol e Hellen, minhas amigas do curso.

Aos usuários e equipe do CAPS AD Itapoã.

RESUMO

Estudo teórico com objetivo de elaborar um posicionamento crítico sobre as Comunidades Terapêuticas como forma de atenção a usuários de drogas no Brasil, por uma perspectiva histórica da política sobre drogas brasileira e da Reforma Psiquiátrica. Identifica-se a relação das Comunidades Terapêuticas com a repressão do uso de drogas no Brasil, bem como os saberes que as sustentam. Apresenta-se a Reforma Psiquiátrica italiana como modelo para a política de saúde mental brasileira. Relaciona-se a história internacional das Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, com o contexto brasileiro. Conclui-se pela necessidade de regular as Comunidades Terapêuticas brasileiras como forma de evitar violações de direitos, e pela necessidade de investir nos dispositivos comunitários de atenção à saúde de usuários de drogas.

Palavras-chave: comunidades terapêuticas; drogas; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Theoretical study in order to elaborate on a critical position on Therapeutic Communities as a form of care for drug users in Brazil, through a historical perspective on Brazilian drug policies and Psychiatric Reform. It identifies how Therapeutic Communities relate to drug restraint in Brazil as well as the knowledge that perpetuate them. It presents the italian Psychiatric Reform as a model for Brazilian mental health policies. It discusses the international history of Therapeutic Communities for drug users in a Brazilian context. It concludes by pointing out the necessity of regulating the Brazilian Therapeutic Communities as a way to avoid infractions and of investing in community healthcare devices for drug users.

Keywords: Therapeutic Communities; drugs; Psychiatric Reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas
CT – Comunidade Terapêutica
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
NA – Narcóticos Anônimos
ONU – Organização das Nações Unidas
PNAD – Política Nacional Antidrogas
PN – DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissível e AIDS
PRD – Programa de Redução de Danos
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS – Sistema Único de Saúde
UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 METODOLOGIA 12
2 A POLÍTICA BRASILEIRA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS 14
2.1 POLÍTICA SOBRE DROGAS NO MUNDO 14
2.2 POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL 16
2.3 A REDUÇÃO DE DANOS NA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL 19
2.4 AS CTs NA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL 22
3 ELEMENTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA PENSAR AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS 26
3.1 O TRATAMENTO MORAL 26
3.2 AS COLÔNIAS DE ALIENADOS 28
3.3 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA 29
3.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA 33
4 A HISTÓRIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS 35
4.1 OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS 35
4.2 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS 38
4.2.1 *SYNANON* 39
4.2.2 *DAYTOP VILLAGE* 40
4.2.3 AS CTs CONTEMPORÂNEAS NO MUNDO 41
5 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL 43
5.1 MODALIDADE RELIGIOSA 44
5.2 MODELO MINNESOTA 46
5.3 MODALIDADE PSICOSSOCIAL 47
5.4 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: ASPECTOS POLÍTICOS E IDEOLÓGICOS 49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 55
REFERÊNCIAS 57

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da
Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

1 INTRODUÇÃO

A SENAD, em parceria com a UnB e apoio técnico do IPEA, realizou um mapeamento nacional "(...) das instituições governamentais e não-governamentais que realizam atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos, e ensino e pesquisa" (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2007, p. 11). Das 9.503 instituições mapeadas e cadastradas, foram enviados 2.000 questionários. Dentre as 1.642 instituições que responderam e tiveram seus questionários validados, 1.256 declararam desempenhar atividades relativas a tratamento, recuperação e reinserção social para usuários de álcool e outras drogas. Destas, a maior parte é formada por Comunidades Terapêuticas (CTs), perfazendo um total de 483 (38,5%) instituições; em seguida, vêm os CAPS AD, com 153 (12,2%); e, em terceiro, grupos de auto-ajuda, com 124 (9,9%) (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2007). Logo, é bastante significativo o lugar ocupado pelas CTs nos serviços destinados aos usuários de álcool e outras drogas.

Essa pesquisa não chega a mostrar com clareza a realidade da atenção à saúde de usuários de drogas[1]. No sítio eletrônico da SENAD (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, [S.I., 2015?]), encontramos a informação de que existem cerca de 1.900 CTs no Brasil, dentre as quais cerca de 300 são financiadas pelo Estado (SILVA, C., 2014).

Da forma como a conhecemos atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída somente em 2011, pela Portaria nº 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Em termos práticos, a RAPS, enquanto um conjunto de pontos de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, já era uma realidade.

Uma das novidades trazida por esta portaria foi a inclusão, na RAPS, das CTs, classificadas como um serviço de atenção em regime residencial, com a seguinte definição: "serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas" (Artigo 9º, inciso II).

Sabe-se que essa definição das CTs não contempla algumas de suas características mais notáveis e relevantes. São instituições de cunho religioso, que têm na abstinência o foco e, podemos dizer, a condição para o tratamento. Essas peculiaridades das CTs se chocam frontalmente com o paradigma da redução de danos defendido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que tem um posicionamento contundente a respeito das CTs: "(...)

‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência” (p. 5).

Essas instituições são alvo de denúncias de violação de direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011) e atualmente estão sendo financiadas pela SENAD, e passam por processo de regulamentação pelo CONAD. Isso gera uma grande controvérsia, já que as federações de comunidades terapêuticas defendem sua atuação e diversas entidades defendem que a atenção à saúde de usuários de drogas deve ser orientada pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O presente estudo tem o objetivo de apresentar um posicionamento crítico sobre as CTs como forma de atenção a usuários de drogas, a partir de uma perspectiva histórica da política sobre drogas brasileira e da Reforma Psiquiátrica. A sua relevância é demonstrada pelos números apresentados, e pelo debate que vem sendo travado em nível nacional a respeito do lugar das CTs na atenção a usuários de drogas. Justifica-se o estudo pela necessidade de fundamentação para as ações do Estado na área das drogas.

Os objetivos específicos são:

- apresentar uma história da política sobre drogas no Brasil, problematizando o lugar ocupado pelas CTs;
- apresentar elementos históricos e conceituais da Reforma Psiquiátrica que contribuam para um posicionamento sobre as CTs;
- apresentar a história das CTs em nível internacional;
- caracterizar as CTs brasileiras em relação a concepções sobre a dependência de drogas;
- estabelecer uma relação entre questões colocadas pela Reforma Psiquiátrica e o trabalho das CTs.

1.1 METODOLOGIA

Para construir uma perspectiva nos permita aceder a um posicionamento crítico, foi realizada uma pesquisa de artigos no sítio eletrônico *Google Acadêmico*, com combinações dos unitermos “saúde mental”, “drogas”, “políticas sobre drogas”, “história” e “comunidades terapêuticas”. Utilizamos algumas das referências citadas pelos artigos que encontramos. Com o fim de apresentar um posicionamento crítico a respeito da realidade brasileira, também fizemos busca em revistas internacionais, a saber, a *Revista Toxicodependências*, de Portugal,

[1] Sempre que utilizarmos a palavra “droga(s)”, estaremos nos referindo à expressão “álcool e outras drogas”, exceto quando se tratar de legislações, resoluções, ou congêneres. Acreditamos que, para o presente contexto, essa distinção não se faz relevante.

e a *Psychotropes*, da França. Utilizamos os unitermos “drogas” e “comunidades terapêuticas” para a revista portuguesa, e “communautés thérapeutiques” para a revista francesa.

Para elaborar o capítulo sobre saúde mental, utilizamo-nos de autores reconhecidamente importantes para a Reforma Psiquiátrica brasileira. São eles: Paulo Amarante e Franco Basaglia. Outro texto que não pode ser encontrado no *Google Acadêmico* é um documento do Conselho Federal de Psicologia, que aborda a questão das drogas sob a perspectiva dos direitos humanos, com as CTs como tema central. Por fim, foi necessário fazer uma pesquisa das publicações e legislações federais na área das drogas.

Foram utilizados 39 textos, dentre artigos e capítulos de livros, sendo a maior parte deles artigos de revistas em formato eletrônico. Os textos datam do intervalo de tempo que vai do ano de 1985 até 2014. A maior parte dos textos data do século XXI, totalizando 33 textos, de 2001 a 2014.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não será necessário seguirmos rigorosamente a estrutura tradicional para elaboração de monografias quantitativas.

2 A POLÍTICA BRASILEIRA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS

A fim de contextualizar a atenção à saúde de usuários de drogas no Brasil, é relevante identificarmos as influências internacionais nessa área. Assim, abordaremos brevemente a história das políticas sobre drogas em nível internacional a fim de situarmos a política brasileira na área.

2.1 A política sobre drogas no Mundo

Alves (2009) aponta que os Estados Unidos alargaram seu campo de ação em torno do proibicionismo e passaram a liderar uma campanha contra o comércio internacional do ópio que resultou em Convenções Internacionais às quais as nações que aderiram se comprometeram na política de repressão à comercialização e ao consumo de qualquer droga que pudesse levar ao uso abusivo, incluindo cocaína, morfina e ópio. em proibir o uso de determinadas drogas. No ano de 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi fundada e, em 1946, a ONU criou a Comissão de Narcóticos, cujas ações eram concentradas na construção de um programa comum a seus Estados-membros que tivesse como foco o controle e a repressão internacional às drogas.

Com o transcorrer das décadas, o discurso proibicionista e a política de combate às drogas foi conquistando hegemonia, contando com o apoio da ONU. Em 1998, a ONU, em Sessão Especial da Assembléia Geral, estabeleceu em seu plano de ação que em 2008 viveríamos em um mundo livre das drogas. Assim, as ações que contemplavam o fim então proposto pela ONU – e que, consequentemente, foram adotados pelos países que aderiram à proposta proibicionista – eram a repressão à produção, ao comércio e ao consumo de drogas ilícitas, em que a prevenção e o tratamento de usuários de drogas ficaram em segundo plano (ALVES, 2009). Essa ambição de uma sociedade livre de drogas imperou em diversos países ao longo do século XX, dentre os quais, o Brasil.

Não se pode afirmar que a assistência à saúde não foi tangenciada nas ações do chamado proibicionismo. Alves (2009) considera que, sob uma perspectiva proibicionista, o uso de drogas é explicado de duas maneiras: ou sob o viés da moralidade, sendo considerado uma prática criminosa; ou o uso de drogas e a dependência são vistos patologicamente, por meio de uma determinação biológica. Embora os dois modelos explicativos redundem em intervenções distintas – para o primeiro, o encarceramento, e para o segundo, o tratamento –, ambos visam a eliminação do consumo de drogas (ALVES, 2009). Este é um ponto

importante para o presente trabalho, porque explicita a articulação entre as ações de combate às drogas e as ações de tratamento do uso de drogas no modelo proibicionista.

Alves (2009) cita G. Marlatt (1999) para assinalar que as ações de atenção à saúde têm uma 'alta exigência' para o tratamento, porque a única meta aceita é a abstinência. Não se distinguem do uso ocasional aqueles que podem ser prejudiciais ou abusivos, "(...) e a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento" (ALVES, 2009, p. 2311). Alves (2009) lembra que a abstinência como condição ao tratamento é um importante entrave no acesso às instituições de saúde por parte dos sujeitos que façam uso prejudicial ou apresentem dependência a drogas. Para Fernandes (2009), há um antagonismo entre a assistência à saúde e o uso de drogas, tendo em vista que, se o sujeito estiver em uso, é posto em causa o seu direito à saúde.

Em seguida, Alves (2009) parte para a caracterização da redução de danos, um discurso alternativo ao modelo proibicionista. A redução de danos parte do pressuposto pragmático de que na história da humanidade nunca houve um período sem o consumo de drogas e que, assim, uma sociedade sem drogas não pode ser concebida. Por conseguinte, faz-se necessário o planejamento de ações para reduzir os danos associados ao uso de drogas, tanto em nível individual, quanto coletivamente. Uma grande contribuição da abordagem de redução de danos é que o uso de drogas passa a ser distinguido e acentuado enquanto uma questão de saúde pública (ALVES, 2009).

Alves (2009) fala que a Holanda e o Reino Unido são os precursores nas ações de redução de danos. A Holanda era, até a década de 1970, um país que reproduzia a política proibicionista em seu discurso e nas ações de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas. Todavia, verificou-se que, mesmo com as medidas adotadas, havia aumento de problemas relacionados ao uso de drogas, o que levou à aprovação, em 1976, da *Lei Holandesa do Ópio*. Esta lei diferenciava drogas que teriam maior ou menor risco à saúde, fazendo com que aquelas que eram consideradas menos ofensivas à saúde tiveram seu comércio legalizado. Já na década de 1980, por meio de pressão realizada por movimentos sociais, foi estabelecido um diálogo entre os usuários de drogas e o governo holandês. Na pauta, estavam questões relacionadas à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos usuários de drogas, disponibilização de seringas e agulhas esterilizadas, e o tratamento de manutenção com uso de metadona. Como resultado, em 1984 houve a criação do programa de distribuição de seringas e agulhas, que se ampliou na Holanda e em outros países devido à experiência exitosa de diminuição da contaminação pelo vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI) (ALVES, 2009).

No Reino Unido, experiências de prescrição de drogas com o fim de reduzir danos associados ao consumo foram iniciadas já em 1926. Contudo, essa prática não se tornou uma política pública, tendo o Reino Unido aderido à política proibicionista. Na década de 1980, a epidemia da AIDS retomou a prescrição de medicamentos como forma de reduzir danos decorrentes do uso de drogas injetáveis. Na Inglaterra, a associação da estratégia de redução de danos com a segurança pública é apontada como um dos fatores que contribuíram para a eficácia das ações. Diante das experiências holandesa e britânica, percebe-se que a redução de danos tem como características a participação social na organização da política dos usuários de drogas, bem como a articulação com outros setores sociais (MARLATT, G., 1999 *apud* ALVES, 2009).

Em relação ao tratamento, Alves (2009) descreve as intervenções em redução de danos como sendo de 'baixa exigência', já que a abstinência não é uma condição para o tratamento, nem o único objetivo possível, podendo ser estabelecidas metas intermediárias. Busca-se reduzir danos sociais e à saúde individual, sem implicar necessária e imediatamente na redução do consumo.

2.2 Políticas sobre drogas no Brasil: entre a segurança e a saúde

Voltando o olhar à realidade brasileira, Alves (2009), avalia que cada país passa por processos históricos singulares na elaboração de políticas públicas para usuários de drogas. Alves (2009) acredita que o fato de o Brasil ser signatário de acordos sobre a repressão ao tráfico e ao uso de drogas contribuiu para o embasamento da política sobre drogas na perspectiva proibicionista.

Machado e Miranda (2007) relatam que as intervenções brasileiras no que tange ao uso de drogas durante o século XX giraram em torno da construção de um aparato jurídico-institucional com o principal objetivo de controlar o seu consumo e a sua comercialização. Alves (2009) faz um apanhado das primeiras ações do Estado brasileiro nesta área. No início do século XX o comércio de cocaína e ópio e seus derivados foram proibidos, tendo como pena a prisão. Em relação ao uso, na década de 1920 era prevista a "(...) internação compulsória em *estabelecimento correcional adequado*, por tempo indeterminado, dos denominados toxicômanos" (ALVES, 2009, p. 2314, *grifos da autora*). Na década de 1930 foi promulgada lei que embasou o posicionamento sobre o assunto constante no Código Penal de 1940; neste, o porte de drogas ilícitas era criminalizado, sendo a penalização a mesma, independentemente da quantidade, ou da intenção de consumir ou traficar a droga (ALVES, 2009).

Já na década de 1970, as intervenções brasileiras estavam em consonância com as convenções da ONU, que davam ênfase ao aspecto repressivo, em detrimento de medidas preventivas. A Lei 5.726 (BRASIL, 1971) versava prioritariamente sobre a prevenção e a repressão ao tráfico e uso de drogas. A referência à assistência à saúde somente era feita para o caso de um usuário de drogas que tivesse cometido algum crime. Então, reservava-se o tratamento

> "(...) àqueles que, em razão do 'vício', não possuíam condições de discernimento acerca do caráter ilícito de seu ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Como medidas de "*recuperação aos infratores viciados*", previa-se a determinação judicial de '*internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação*' (art. 10). Com esta medida, o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a '*reabilitação criminal do viciado*' (art. 13)." (ALVES, 2009, p. 2314, *grifos da autora*).

Na Lei 6.368 (BRASIL, 1976), que estava em vigência até recentemente, a assistência à saúde foi estendida também aos 'dependentes de substâncias entorpecentes'. Contudo, comparece na qualidade de uma recomendação – e não uma determinação – para que se criem serviços especializados para o tratamento de dependentes de drogas (ALVES, 2009). Para Alves (2009), isso denota que a atenção à saúde nesta lei estava preterida em relação à repressão da oferta e da demanda de drogas. Machado e Miranda (2007) concordam com esse posicionamento, quando sublinham o fato de que os locais de tratamento para usuários de drogas não atendiam usuários de álcool. Isso confirma que as ações do Estado brasileiro estavam sendo orientadas mais por acordos internacionais no sentido de controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, do que pelas necessidades da população. A mesma lei ainda previa a internação hospitalar, quando o quadro clínico assim exigisse. Quando não fosse necessário, o tratamento extra-hospitalar também estava previsto. Todavia, Alves (2009) lembra que os serviços extra-hospitalares para usuários de drogas começaram a surgir somente na segunda metade da década de 1980, o que tem como consequência lógica que a única opção terapêutica naquele período fosse a internação em hospitais psiquiátricos.

Sobre a década de 1970, Machado e Miranda (2007) observam que a influência da medicina sobre a legislação alçou o usuário de drogas ao estatuto de doente e/ou criminoso. O hospital psiquiátrico e os serviços especializados de tratamento "(...) tinham como objetivo salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área" (Machado & Miranda, 2007, p. 804). Para Machado e Miranda (2007), a mudança na terminologia de 'viciado' para 'dependente de substância entorpecente' e as medidas de tratamento compulsório citadas acima evidenciam a aliança estabelecida entre a medicina e os mecanismos de controle e repressão. Até aqui, vimos que os usuários de drogas eram inicialmente tratados como

criminosos, para depois serem tratados como doentes, sendo-lhes reservado o mesmo destino que a loucura: o hospital psiquiátrico.

A Lei 6.368 (BRASIL, 1976) ainda favoreceu a constituição do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), seu órgão central. Essas instituições contribuíram para a consolidação da política de repressão ao uso e tráfico de drogas no Brasil (MACHADO; MIRANDA, 2007). Em que pese essa característica do CONFEN, a partir do final da década de 1980 – momento de redemocratização do país –, o CONFEN apoiou novas práticas de prevenção, tratamento e pesquisa que não tivessem na repressão a sua única orientação – como os centros de referências de prevenção, tratamento e pesquisa das Universidades, os projetos de redução de danos e as comunidades terapêuticas. Foram propostos, ainda, programas próprios do CONFEN que ampliavam a assistência à saúde de usuários de drogas. Entretanto, o que ficava patente, já em 1996, era o descompasso entre as proposições do CONFEN de um lado, e as proposições do SUS, da reforma psiquiátrica e da redução de danos, de outro. Com a falta de articulação entre esses dois pólos, "as ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de indefinição e sobreposição de atribuições e responsabilidades" (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 807).

Em 1998, foram extintos o CONFEN e o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes; ambos foram transformados no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e no Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), respectivamente. O SISNAD passou a ser composto pelo CONAD e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Tanto a SENAD quanto o CONAD foram vinculados inicialmente ao Gabinete Militar da Presidência da República. O SISNAD deveria fazer a articulação entre as ações de repressão ao uso, tráfico e produção de drogas, e as ações de prevenção, tratamento e reinserção social. Para o primeiro grupo de atribuições, o Ministério da Justiça foi instituído como órgão central, e a Polícia Federal como órgão executivo; e a SENAD ficou como órgão executivo do segundo grupo de ações (MACHADO; MIRANDA, 2007). O Ministério da Saúde passa a ter representatividade no CONAD para auxiliar na construção da política pública sobre drogas (ALVES, 2009), mas não ficou responsável pelas atividades de prevenção, tratamento e reinserção social (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Dessa nova configuração, algumas observações nos parecem pertinentes. A primeira é que o termo "antidrogas" ratificou o posicionamento político de guerra às drogas proposto pela ONU (ALVES, 2009). Outra observação é novamente a duplicidade de competências. Enquanto que a SENAD é responsável pelas ações sanitárias aos usuários de drogas, o SUS é

quem presta assistência à saúde da população brasileira em geral. O que Machado e Miranda (2007) criticam é a falta de articulação entre os dois sistemas até o início dos anos 2000, quando houve esforço de sanar essa carência.

A Política Nacional Antidrogas (PNAD), resultante do I Fórum Nacional Antidrogas realizado em 1998 é um exemplo da desarticulação a que se referem Machado e Miranda (2007). Quando a atenção à saúde é assunto no PNAD, não se sugere a articulação com o SUS. Por sua vez, o II Fórum Nacional Antidrogas foi realizado paralelamente à III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Dezembro de 2001. Machado e Miranda (2007) explicitam em seu texto o pouco interesse que havia entre os que discutiam a política sobre drogas em inserir no debate os atores do campo da saúde mental.

2.3 A redução de danos na política pública sobre drogas do Brasil

Para abordar a gênese das ações de redução de danos no contexto brasileiro, faz-se necessário retornar um pouco no tempo. A abordagem de redução de danos teve início no Brasil no ano de 1989, na cidade de Santos-SP, como uma estratégia de saúde pública a fim de prevenir a incidência do vírus da AIDS entre UDI. Em 1994, surgiu o Projeto Drogas do Programa Nacional de DST/AIDS (PN – DST/AIDS) do Ministério da Saúde, apoiado política e financeiramente pela ONU (PASSOS; SOUZA, 2011). O PN – DST/AIDS inseriu, em nível nacional, diversas estratégias de redução de danos, que engendraram articulações e tensões dentro das instituições estatais.

O CONFEN, apesar de ter posicionamentos aderentes ao controle e à repressão do tráfico e uso de drogas, teve papel fundamental para o desenvolvimento do modelo de atenção à saúde norteado pela redução de danos. Em 1994, o CONFEN – não sem resistências internas e externas – deu parecer favorável para que fossem implementados programas de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis a fim de prevenir a disseminação do vírus da AIDS (MACHADO; MIRANDA, 2007). Esse posicionamento foi embasado no artigo 196 da Constituição Federal, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)” (BRASIL, 1988).

Tratava-se de uma questão assaz polêmica, dado que, dependendo de como são interpretadas, as ações de redução de danos poderiam ser consideradas o crime previsto no artigo 12, §2º, inciso I da Lei 6.368 (BRASIL, 1976): o crime de quem “induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica”. Além desse empecilho legal, a abordagem de redução de danos ainda tinha como opositores diversos setores da sociedade (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007).

O início dos investimentos em Programas de Redução de Danos (PRDs) por parte do Ministério da Saúde causou tensões tanto na esfera federal, quanto nos municípios – especialmente nestes (PASSOS; SOUZA, 2011). A realidade cotidiana das instituições estatais nas quais os PRDs estavam inseridos entravava a autonomia de redutores de danos e usuários de drogas. Assim, em 1996 foi criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), e outras associações que se configuraram como espaços de gestão não governamental. Neste novo espaço, os usuários de drogas não são mais vistos como doentes ou criminosos, trabalhando de uma forma mais inclusiva (PASSOS; SOUZA, 2011). A ABORDA auxiliou na construção de uma rede nacional de redutores de danos, tanto daqueles que trabalhavam em ONGs, quanto dos que participavam dos PRDs estabelecidos pelo governo.

> A tecedura dessa rede possibilitou a inclusão de grupos minoritários num circuito de relação, em que se passou a trocar muito mais do que seringas descartáveis. O método da RD foi, aos poucos, se descolando do foco específico de prevenir, efetivado através do dispositivo de troca de seringas, e assumiu objetivos mais amplos, acionados por novos dispositivos de gestão e atenção (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 159).

Então, um importante passo dado pela ação em rede das associações foi a mobilização social. Sendo apropriada também pelos usuários de drogas, passou-se a reivindicar uma nova política sobre drogas, incluindo os direitos dos redutores de danos e dos usuários de drogas. Passos e Souza (2011) assinalam a relação paradoxal que os redutores de danos estabeleceram com o Estado após a constituição dessa rede: por um lado, eles eram financiados pelo capital governamental e, por outro, faziam críticas à política proibicionista defendida por diversas esferas do governo.

Nessa atuação política em rede, os usuários de drogas passaram a ter um papel de co-gestores da política pública. A partir da mobilização coletiva, passam a ser corresponsáveis dentro de uma coletividade múltipla e aberta às singularidades sem, no entanto, deixar de estabelecer diretrizes comuns – inclusive com outras lutas, como o movimento LGBTT, a luta antimanicomial, etc. Passos e Souza (2011) destacam os benefícios à saúde que a participação na gestão do coletivo pode ter sobre a saúde mental dos usuários de drogas, promovendo uma relação diferente que os sujeitos têm com as drogas. Há, sim, determinadas regras de conduta, mas que são pactuadas com a participação democrática; regras cuja apropriação influi diretamente no processo de corresponsabilização e de produção da saúde. Os usuários de drogas podem se tornar redutores de danos, podem participar da gestão das associações, ou podem simplesmente cuidar da própria saúde. Trata-se de um modo de tratamento que subverte as regras de conduta estabelecidas coercitivamente e que, por isso mesmo, geram a autonomia para que os sujeitos dele se beneficiem. Refere-se a uma expansão das

possibilidades de cuidado: “Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 161).

As pressões exercidas pelos movimentos de redução de danos fizeram com que houvesse coexistência de discursos antagônicos nas ações no campo das drogas: mesmo que alinhada ao proibicionismo, a PNAD dava brechas para a consolidação do paradigma da redução de danos – ainda que de maneira incipiente (ALVES, 2009).

A visível instabilidade política em que se encontrava a abordagem de redução de danos se materializava no financiamento do PN – DTS/AIDS. Consequentemente, a partir de 2004 diversas associações de redução de danos paralisaram suas ações, fragmentando sua articulação em rede (PASSOS; SOUZA, 2011). Entretanto, com a publicação da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003), o movimento de redução de danos deixou de estar inserido somente nas políticas de DST/AIDS, e passou a ser uma diretriz – mesmo que no sentido preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) a prática da redução de danos ainda não esteja estabelecida (PASSOS; SOUZA, 2011).

O texto da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003) é categórico no que tange à critica ao modelo da abstinência como única solução para o usuário de drogas; questiona a internação como principal ação desenvolvida frente ao objetivo da abstinência; estabelece a atenção comunitária como meio para alcançar os objetivos de reabilitação e reinserção social; apresenta diretrizes consonantes com a política de saúde mental regulamentada pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001) e com os princípios do SUS. Nesse interim, a redução de danos é adotada de forma ampliada, enquanto um paradigma, por ser uma abordagem que reconhece a singularidade de cada usuário, com o objetivo de promover a saúde, e não necessariamente a abstinência. A partir de então, o SUS assume oficialmente a responsabilidade sobre a atenção à saúde de usuários de drogas (BRASIL, 2003).

A publicação da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003) permitiu vislumbrar uma política sobre drogas em que o controle e a repressão não são o objetivo de todas as ações. Abre-se a possibilidade de uma ação aberta à complexidade que o entendimento e a abordagem do uso de drogas requerem – não restringindo as ações ao campo da psiquiatria, do direito, ou até mesmo da saúde (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Alves (2009) vê com otimismo o processo iniciado desde a criação da SENAD, em que o Ministério da Saúde teve maior possibilidade de participar no planejamento das intervenções na área das drogas. Esse diálogo é demonstrado pela renovada *Política Nacional sobre Drogas*, cujo primeiro pressuposto passou a ser "buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas" (CONAD, 2005). Por mais que, em nossa visão, esse lema ainda carregue uma tendência proibicionista, concordamos com Alves (2009) sobre o avanço obtido por essa transformação no interior da SENAD. E, sem dúvida, o fato de o adjetivo "antidrogas" ter sido eliminado da política também indica uma mudança no modo de compreender o fenômeno das drogas (ALVES, 2009). Doravante, temos o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – mesmo que com esses órgãos ainda tenham a mesma estrutura e objetivos.

Em relação à saúde, também são perceptíveis mudanças na Política Nacional sobre Drogas. Já se fala na articulação com dispositivos do SUS e, consequentemente, a atenção à saúde de usuários de drogas enquanto uma rede assistencial integrada e articulada (ALVES, 2009). Esses avanços se encontram refletidos não somente na Política Nacional sobre Drogas, mas também na legislação. A nova Lei sobre drogas (BRASIL, 2006) distingue o tratamento dispensado a traficantes e usuários de drogas; e dentre os usuários, a distinção de uso indevido e dependência de drogas, admitindo, assim, os diferentes padrões de consumo de drogas. Além disso, prima pela não discriminação dos usuários de drogas, garantindo seu direito à saúde (ALVES, 2009).

2.4 As CTs na política pública sobre drogas no Brasil

O Ministério da Saúde reconhece que as CTs ocuparam uma lacuna deixada pelo Estado brasileiro em relação à atenção à saúde de usuários de drogas (BRASIL, 2003). De acordo com Machado (2006), as CTs surgiram no Brasil na década de 1970, expandindo-se a partir da década de 1990 – coincidindo com o momento em que as estratégias de redução de danos começaram a ser implementadas no Brasil –, quando ficou visível a precariedade da assistência à saúde de usuários de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Percebendo que as CTs prestavam um serviço à sociedade, o CONFEN começou a apoiar essas entidades, auxiliando para que fossem estabelecidas normas mínimas de funcionamento. O 1º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 1998, contou com grande participação de federações de comunidades terapêuticas, o que teve reflexos no documento da

Política Nacional Antidrogas, no qual consta a necessidade de se estabelecer regras mínimas para as CTs (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O trabalho das CTs também teve o apoio da SENAD, que contribuiu para a melhoria do atendimento prestado por esses serviços, além de ter se unido à ANVISA para finalmente estabelecer normas mínimas para o seu funcionamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001). Embora as federações de comunidades terapêuticas terem apoiado a regulamentação, muitas CTs resistiram ao processo de mudança. Assim, as inspeções realizadas nestes serviços deram maior visibilidade às condições nas quais se encontravam os usuários. Com a regulamentação das CTs houve outro desdobramento relevante: a organização destas instituições em demandar financiamento público. Para Machado e Miranda (2007), a pressão política exercida pela organização das CTs foi impulsionada pelo vínculo com instituições religiosas. Seu objetivo era tornar as CTs o modelo de tratamento para usuários de drogas. Destarte, assiste-se novamente ao direcionamento da atenção à saúde na área das drogas para fora do sistema público de saúde. Isso foi apontado por Oliveira (2013), em que o então Ministro da Saúde afirmou em reunião que o SUS deveria se omitir de prestar assistência aos usuários de drogas e deixá-la a cargo das CTs e dos Alcoólicos Anônimos (AA).

O apoio da SENAD às CTs se materializava principalmente na forma de prestação de serviços, como a criação de bancos de dados, e a realização de cursos, capacitações e fóruns. Já com o Ministério da Saúde as CTs não conseguiram desenvolver uma relação orgânica, por aspectos técnicos e ideológicos. No início do século XXI, A pressão política junto ao Ministério da Saúde para o financiamento das CTs cresceu, o que gerou contradições dentro deste Ministério, onde alguns setores defendiam o posicionamento de que a política de drogas deveria se restringir ao financiamento das CTs (MACHADO; MIRANDA, 2007), como vimos ser o caso do Ministro da Saúde.

A correlação de forças, então, apresentava a seguinte disposição: de um lado, as CTs, com o apoio da SENAD e de alguns setores do Ministério da Saúde pressionavam para que houvesse financiamento do SUS para as CTs; de outro lado, alguns setores do Ministério da Saúde, dentre os quais a Coordenação de Saúde Mental, defendiam que a atenção à saúde a usuários de drogas devesse ser prestada no âmbito do SUS. Os diferentes posicionamentos tinham fundamentos em questões de ordem técnica e político-ideológica, haja vista o distanciamento do discurso antidrogas em relação aos princípios do SUS. A concepção que saiu vitoriosa no Ministério da Saúde foi que a atenção à saúde de usuários de drogas deveria se dar no âmbito do SUS (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Os anos seguintes à promulgação da lei 11.343 (BRASIL, 2006) se distinguiram pelo surgimento e disseminação por toda a sociedade de um discurso do medo em relação ao uso de crack no Brasil, em que se diz haver uma epidemia. Entretanto, não há fundamentação epidemiológica para a celeuma criada pela mídia, Congresso Nacional e as mais diversas organizações – públicas, inclusive (SILVA, R., 2013; SILVA, C., 2014). O apelo social dos argumentos sobre a periculosidade do crack ainda dizem respeito à rápida instalação da dependência, à letalidade e à associação dos usuários com crimes (SILVA, C., 2014).

As respostas do Estado brasileiro à dita epidemia do crack vieram a montante e incluem: a criação do *Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* em 2010; a criação do programa *Crack, é possível vencer* em 2011; a publicação de nova Resolução que regulamenta o trabalho das CTs (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011a); e a Portaria 3.088 que, dentre outras disposições, inclui as CTs na RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Vale fazer alguns comentários a algumas dessas ações.

No lançamento do *Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, o então Ministro da Saúde cogitou a hipótese de que o dispositivo "Consultório de Rua" realizasse internações compulsórias (SILVA, C., 2014). A partir do que foi apresentado anteriormente, fica mais uma vez evidente as contradições presentes dentro do Ministério da Saúde. Porém, a polêmica se encerrou com a proposta sendo rejeitada.

O *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* (BRASIL, 2010) previa em seu artigo 5º, § 1º, inciso I a "ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas". De posse desta prerrogativa, a SENAD lançou em edital o processo seletivo que destina apoio financeiro a CTs (CARVALHO, 2013). Por sua vez, a ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011a) lançou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, a qual previa parâmetros para o funcionamento das CTs. Pela nova regulamentação, as CTs deixam de ser consideradas serviços de saúde e, por conseguinte, não têm mais exigências de funcionamento nesse sentido. Ainda em 2010, foi criado um Projeto de Lei na Câmara dos Deputados que também previa o financiamento às CTs, além de facilitar o processo de internação compulsória. No mesmo sentido, nos últimos anos foram realizadas abordagens e internação compulsória nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Diante de um discurso que alega se preocupar com a proteção da sociedade em relação ao usuário de drogas, e do usuário em relação a si mesmo, a internação – voluntária, involuntária ou compulsória – passou a ser a forma de intervenção privilegiada. Para Silva, C. (2014), o fato de a nova legislação sobre drogas ter diferenciado usuário e traficante, garantindo a atenção à saúde para o primeiro, fez com que a coerção e a segregação se

deslocassem da esfera penal para o campo da saúde pública. Essa migração ainda se vale do discurso dos defensores da descriminalização e legalização do usuário de drogas, na medida em que o único consenso que se estabelece é que as drogas são uma questão de saúde (SILVA, C. 2014).

O que fica evidente no presente capítulo é o vínculo das CTs com as medidas repressivas ao longo dos tempos. Durante um longo período, as CTs eram as únicas formas de acesso ao tratamento e, possivelmente, seriam as únicas aceitas, porque se coadunavam com a guerra às drogas, por propor a abstinência aos sujeitos. Atualmente, a ênfase em medidas mais sutis de segregação na área da saúde também tem seu vínculo com as CTs, por meio de seu financiamento.

Não é sem oposição que essa tendência da política sobre drogas caminha. Por exemplo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) defende que o atendimento a usuários de álcool e outras drogas ocorra no contexto do SUS, em dispositivos extra-hospitalares e articulados à rede de saúde mental em geral. A VIII Conferência Nacional de Saúde Mental defende a regulamentação das CTs como forma de controle da atuação destas entidades, já que houve diversas denúncias de violações de direitos humanos. Também defende que não haja financiamento a estas instituições, preconizando a saúde como atribuição do Estado. É nesse cenário que se insere a regulamentação das CTs por parte do CONAD.

3 ELEMENTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA PENSAR AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Até aqui, abordamos como a política sobre drogas no Brasil se desenvolveu, orientando nossa exposição para os fatores que se relacionam com o fenômeno das CTs. Neste capítulo, pretendemos apresentar uma visão histórica que nos permita compreender os porquês da resistência da área da saúde mental em relação às CTs.

O termo Comunidade Terapêutica não está restrita ao campo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Internacionalmente, trata-se de uma prática desenvolvida no contexto da Reforma Psiquiátrica, sendo possível traçar um desenvolvimento paralelo às experiências de transformação da assistência psiquiátrica.

Com o objetivo de contextualizar historicamente as CTs para atenção à saúde de usuários de drogas, Queiroz (2001) fez um desenvolvimento que remonta aos trabalhos de Philippe Pinel. Seguiremos o caminho indicado por esta autora, buscando esboçar um quadro no qual esteja presente uma caracterização da Reforma Psiquiátrica a nível internacional, principalmente aquelas que tiveram maior influência sobre o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

3.1 O tratamento moral

À época de sua criação na Idade Média, o hospital era uma instituição filantrópica que acolhia, alimentava e prestava assistência religiosa a pobres, mendigos e doentes (AMARANTE, 2007). A partir do século XVII, surge outra modalidade de hospital na França, não mais com função de caridade, mas de controle social, porque segregava uma parcela significativa da população. Para lá eram enviados os pobres, inclusive os doentes (AMARANTE, 2007), onde permaneciam em celas insalubres e sofriam castigos corporais (RAMMINGER, 2014).

O contexto político e social da Revolução Francesa, guiada pelos ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, conduziu a uma transformação na instituição hospitalar, que deveria ser democratizada. Foram libertados internos que estavam enclausurados por conta do Antigo Regime, bem como foram criadas instituições assistenciais que exoneraram o hospital de sua função exclusiva de controle social. Esse cenário possibilitou que os médicos tomassem para si a responsabilidade sobre a organização hospitalar, com o objetivo de humanizar esta instituição, adequando-a aos princípios revolucionários. Com o tempo, os hospitais começaram a desempenhar a função de tratar as doenças, tal como conhecemos atualmente (AMARANTE, 2007).

É nesse contexto que surge o médico Philippe Pinel, responsável pela primeira das reformas psiquiátricas, libertando os loucos das celas e dos grilhões (RAMMINGER, 2014). Todavia, não foi exatamente a liberdade que foi conferida à loucura, mas o isolamento no hospital psiquiátrico, cujas primeiras unidades foram fundadas por Pinel (AMARANTE, 2007).

A manutenção do isolamento dos loucos do convívio social se enraizava no conceito de alienação mental, precursor do conceito de doença mental. Pinel consolidou este conceito partindo da lógica cartesiana, que estabeleceu que a verdade somente poderia ser acessada por meio da racionalidade. Assim, os alienados mentais seriam aqueles que estariam apartados da própria Razão e, portanto, da própria verdade (RAMMINGER, 2014; TORRE; AMARANTE, 2001); seriam sujeitos fora da realidade, perigosos à sociedade, por serem irracionais. Há, então, na aurora do conceito de alienação mental, uma associação à ideia de periculosidade, o que contribuiu de forma decisiva para que se desenvolvesse o medo e a discriminação sociais em relação aos indivíduos assim diagnosticados (AMARANTE, 2007).

Para Pinel, os alienados não eram somente temíveis, mas também indivíduos que poderiam recobrar a razão, se lhes for prestado o tratamento adequado: a hospitalização por tempo integral associada à aplicação de uma metodologia específica. Se antes a loucura era afastada do convívio social para a manutenção da ordem pública, agora a mesma ação se justifica como uma terapêutica (AMARANTE, 2007; RAMMINGER, 2014). Diante da caracterização do alienado mental enquanto alguém que é, ao mesmo tempo, perigoso e doente; a reclusão por meio da internação hospitalar cumpria a dupla função "(...) de cuidado e controle, de terapêutica e dominação, proteção e tutela, clínica e política (...)" (RAMMINGER, 2014, p. 36). Essa ambiguidade será a sina não somente da psiquiatria, mas de todas as disciplinas e tecnologias que se ocuparem da loucura (RAMMINGER, 2014).

Para Amarante (2007), a institucionalização se fundamentava em dois argumentos. O primeiro era de que o hospital seria um lugar de exame, o que pressupunha que se deveria isolar o indivíduo num ambiente livre de interferências para melhor diagnosticá-lo. Esse procedimento permitiria que sua natureza fosse observada, catalogada e classificada – eis o método pelo qual se concebia que o conhecimento a respeito da loucura poderia ser produzido. Porém, ressalva-se que o saber derivado dessa experimentação era produto da própria institucionalização; ou seja, gerava-se um conhecimento a respeito de "(...) uma doença institucionalizada, (...) uma doença modificada pela ação da instituição" (AMARANTE, 2007, p. 26). Esse modelo médico estabelece sua relação com a doença (no caso, a alienação mental) e não com a experiência de sofrimento do sujeito.

O segundo argumento em favor da internação da loucura alçava o hospital à condição de agente terapêutico, porque afastava fatores que causaram e que poderiam agravar o quadro clínico dos alienados: "(...) *a instituição é o instrumento de cura*" (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75, *grifo dos autores*). E a cura era realizada por meio do que Pinel chamou de tratamento moral, que consistia na imposição de regras, horários, condutas, etc., que visavam reeducar os indivíduos.

> Pela ação dosada de ameaças, recompensas e consolações, e pela demonstração simultânea de uma grande solicitude e de uma grande firmeza, o doente era progressivamente assujeitado à tutela médica e à lei coletiva da instituição, ao "trabalho mecânico" e ao "policiamento interno" que a regiam. O objetivo era *subjugar e domar o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, fosse adequado para exercer sobre ele uma influência irresistível e para modificar a cadeia viciosa de suas idéias* (QUEIROZ, 2001, n.p., *grifos da autora*).

Antes de prosseguir para a próxima instituição que interessa a nós para o presente estudo, cabe fazer uma observação derivada do tratamento moral pineliano. Os mesmos atores sociais que criaram o conceito de alienação mental também construíram um conceito de cidadania, ambos norteados pela Razão. A definição de então da natureza humana tinha como pressuposto a Razão; por conseguinte, o alienado não poderia ser considerado um cidadão, já que lhe faltava a Razão (AMARANTE, 2007). Assim, a cidadania somente poderia ser alcançada caso o alienado passasse por um processo pedagógico-disciplinar que lhe franquearia o acesso à Razão (TORRE; AMARANTE, 2001). Ou seja, para participar livremente da sociedade como um sujeito de direitos, seria necessário passar por um tratamento cujo objetivo é realizar uma adequação ao convívio social. Sublinhe-se que a internação não era considerada uma violação de direitos, mas um cuidado à saúde (AMARANTE, 2007; TORRE; AMARANTE, 2001).

3.2 As colônias de alienados

Em virtude, notadamente, de sua vinculação com a Revolução Francesa e seus ideais, o alienismo se espalhou pelo mundo. Também por esse motivo, o alienismo foi alvo de diversas críticas, desde o seu surgimento: há um paradoxo em enclausurar a quem se quer libertar, principalmente se observados os ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade (AMARANTE, 2007). A segregação de segmentos sociais operada pelo hospício era manifesta, bem como seu caráter autoritário, o que lançou esta instituição no descrédito, conduzindo a tentativas de reformá-la (AMARANTE, 2007; QUEIROZ, 2001).

Uma dessas experiências teve origem com um relato de um alienista francês sobre Dymfna, uma princesa irlandesa do século VI que, para fugir das investidas amorosas de seu pai, escondeu-se em Geel, uma aldeia belga. O rei foi alertado pelo diabo sobre o paradeiro de

Dymfna que, resignada em sua fé cristã, negou-se a desposar o pai; diante da recusa, o rei decidiu decapitá-la em praça pública. Ao assistir a execução da princesa, um alienado recuperou sua Razão. Dymfna foi canonizada e Geel passou a ser local de romaria anual de loucos e suas famílias, que buscavam uma cura. Os aldeãos desenvolveram a habilidade de acolher os alienados, porque algumas famílias deixavam-nos em Geel sob os cuidados dos aldeãos para a romaria do ano seguinte. Os alienados começaram a se recuperar e a trabalhar no local, levando os alienistas a concluir que o trabalho seria terapêutico. É assim que surge a ideia de organizar as colônias de alienados, localizadas em zonas rurais, onde os alienados poderiam realizar o trabalho terapêutico (AMARANTE, 2007) – ou laborterapia, como se fala atualmente (QUEIROZ, 2001).

É importante observar que o trabalho já ocupava um lugar central no tratamento moral pineliano – uma reedição da relevância social dada ao trabalho nos primórdios da sociedade capitalista. Assim, Pinel entendia o trabalho como um instrumento para a reeducação que a alienação mental exigia (AMARANTE, 2007).

Queiroz (2001) sugere que a ideologia da sociedade burguesa europeia em emergência estimulava e glorificava o trabalho. Isso influenciou a psiquiatria a adotar o trabalho como mais um critério para o diagnóstico de uma psicopatologia e, além, a buscar restituir aos indivíduos a aptidão ao trabalho. “O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento” (Queiroz, 2001, n.p.).

3.3 A Comunidade Terapêutica

Outra experiência relevante para o nosso trabalho é a Comunidade Terapêutica[2]. Foi desenvolvida durante a segunda guerra mundial na Inglaterra, como uma crítica ao modelo tradicional de funcionamento do hospital psiquiátrico, buscando sua humanização. Baseia-se na premissa de que o conjunto das relações institucionais tem efeito terapêutico (FUSSINGER, 2010).

A Comunidade Terapêutica opera a horizontalização do espaço institucional, em que a resolução de problemas é feita por meio de debates coletivos entre os que cuidam e os que são cuidados, e debates realizados internamente na equipe técnica. Com a livre circulação da palavra, intentava-se o investimento ativo de pacientes e profissionais no tratamento (FUSSINGER, 2010).

---

[2] A fim de marcar a especificidade dessa abordagem no texto, utilizaremos o termo por extenso, no lugar da abreviação CT.

Dar voz aos pacientes é percebê-los como sujeitos, para além do rótulo de doentes, retirando-os da posição de objeto passivo de cuidados. No entanto, alcançar a implicação dos sujeitos em seu tratamento é um empreendimento complicado, porque envolve a superação de sua passividade, bem como de sua atitude de oposição à instituição. Entende-se, então, que os resultados almejados só podem ser obtidos caso os cuidadores mudem substancialmente sua postura, apresentando maior permissividade em relação ao comportamento dos pacientes (FUSSINGER, 2010).

Maxwell Jones é apontado como o criador da Comunidade Terapêutica, embora tenha havido experiências anteriores a seu trabalho (FUSSINGER, 2010). A partir de 1959, Jones instava pacientes, técnicos e familiares a participar ativamente do tratamento, acreditando que a função terapêutica poderia ser exercida por todos os atores sociais. Realizava reuniões e assembleias diariamente, enfatizando a atuação da equipe a fim de evitar situações de violação de direitos (AMARANTE, 2007). Portanto, a reforma do hospital psiquiátrico era travada na luta diária contra a hierarquização dos papéis sociais, com o escopo de estabelecer um espaço democrático (AMARANTE, 2007).

Esse modelo de Comunidade Terapêutica se difundiu por vários países da Europa, inclusive na Itália, onde um grupo liderado por Franco Basaglia se inspirou em trabalhos como o de Maxwell Jones para tentar transformar a realidade do Hospital de Gorizia. Assim como outros, este hospital psiquiátrico prestava um tratamento desumano aos sujeitos que ali se encontravam internados. Entretanto, há diferenças entre a Comunidade Terapêutica de Gorizia e aquela proposta por Jones.

Para Franca Basaglia (1985), a experiência da Comunidade Terapêutica somente deveria servir como uma forma de questionar as contradições do sistema social que sustentam a existência do hospital psiquiátrico. Ou seja, é com o objetivo de contestação social que as mudanças no interior da instituição hospitalar são realizadas. Por seu turno, a Comunidade Terapêutica de Jones almeja aperfeiçoar a assistência psiquiátrica pelo recurso a inovações de caráter técnico-científico. (FRANCA BASAGLIA, 1985).

O diagnóstico de doença mental é um ponto nodal na argumentação de Franco Basaglia (1985a) contra o manicômio. A partir do momento em que era admitido em uma instituição psiquiátrica, todos os atos de um indivíduo eram compreendidos como expressão de sua doença. O sujeito é posto entre parênteses e passa a ser visto como o objeto passivo de sua doença. E é como doente que ele é tratado pelos médicos e pela instituição como um todo. Dentro desta instituição, as ações que objetivam o sujeito no lugar de doente têm como consequência direta que o sujeito perceba a si mesmo e a seu corpo como doentes – uma

reprodução da concepção do psiquiatra e do hospício. Em outras palavras, a instituição e a cultura engendram para ele uma nova identidade e, quando assumida, sua singularidade genuína é obliterada, na medida em que o louco era objeto de uma internação que lhe des-historificava e lhe separava de sua realidade. E essa era a única opção a ser aceita pelos sujeitos porque, caso contrário, não haveria possibilidade de retorno ao convívio social (FRANCO BASAGLIA, 1985a).

Os doentes então eram encerrados dentro de uma instituição que dispunha hierarquicamente seus integrantes: os médicos eram detentores de um poder pelo qual exerciam violência sobre os pacientes. Franco Basaglia (1985a) ressalta que o modo pelo qual o sujeito era tratado tinha como determinante o sistema socioeconômico, mais do que a ideologia médica. Assim, a depender de sua condição social, os significados que a loucura assumia eram diferentes. A relação estabelecida entre médico e doente mental variava segundo uma gradação poderia ir desde uma situação em que o nível socioeconômico do doente lhe conferia um poder que possibilitava algum controle sobre a atuação do médico; até uma relação institucional em que, sem poder algum porque pobre, o indivíduo se via privado de sua cidadania, sujeito aos arbítrios da ação dos médicos e enfermeiros (FRANCO BASAGLIA, 1985a).

Com essa constatação, Franco Basaglia (1985a) aventa a hipótese de que o diagnóstico de doença mental realizado pelos manicômios de então seria uma rotulação que, travestida de uma avaliação técnico-especializada, ocultava seu significado latente, qual seja, a discriminação. Assim, uma norma cientificamente estabelecida confirmava a inferioridade daqueles que são diferentes e que, por isso, não se adequavam à norma social. Isto é, por meio do diagnóstico de doença mental, a instituição psiquiátrica, a um só tempo, legitimava a necessidade de exclusão social da loucura, e desonerava 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 enclausurado dentro dos muros do manicômio. Assim, o papel do hospício era tão-somente adequar os sujeitos ao convívio social, atenuando os seus conflitos com a sociedade, e resignando-os no lugar de objeto da violência social, sem que ao menos lhes conferisse a possibilidade de reconhecer sua condição (FRANCO BASAGLIA, 1985a).

Franco Basaglia (1985a) conclui que o psiquiatra deveria tomar conhecimento desse quadro geral, a fim de desfazer a ambiguidade de sua função terapêutica. Assim, seria possível negar essa função, bem como o mandato social da psiquiatria e a noção de doença mental. O mandato social do psiquiatra exigia que o doente fosse considerado um não-homem; a função terapêutica demandava que se trabalhasse em prol da tranquilidade social, tutelando os indivíduos; e a noção de doença trazia consigo a ideia de que o sujeito seria irrecuperável. Em suma, percebeu-se a necessidade de negar tudo o que poderia predeterminar a conduta a ser adotada – a despsiquiatrização do manicômio (FRANCO BASAGLIA, 1985b).

Uma ideia relevante para o nosso trabalho apresentada por Franco Basaglia (1985a; 1985b) é a sugestão de colocar a doença mental entre parênteses, ao abordar o louco. Assim procedendo, é possível retirar a carga de juízo de valor presente neste rótulo, e que vai além da experiência de sofrimento do sujeito. Caso contrário, a relação do psiquiatra com o indivíduo não irá ultrapassar as expectativas daquilo que se entende por doença mental – que inclui a ideia de irreversibilidade do quadro. Mesmo admitindo que o sujeito seja em algum sentido doente, Franco Basaglia (1985b) assevera a importância de colocar entre parênteses a concepção de doença, colocando em primeiro plano o sujeito.

Com a finalidade de superar o aparato manicomial, realizou-se uma transformação no Hospital de Gorizia, tendo como primeiro passo a proposição de uma nova dimensão institucional, que seguiu o modelo da Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, como descrita acima (FRANCO BASAGLIA, 1985a). Entretanto, a mudança preconizada em Gorizia não aceitava a Comunidade Terapêutica como um fim em si mesmo, porque isso seria se limitar ao aperfeiçoamento técnico da instituição psiquiátrica e do sistema sociopolítico amplo. Destarte, estar-se-ia novamente conformando o sujeito ao convívio social, atenuando seu conflito com a sociedade – por meios mais refinados e supostamente menos violentos. Era esse compromisso em abandonar a cumplicidade com a violência e a exclusão que marcava a diferença entre a experiência italiana e a inglesa (FRANCO BASAGLIA, 1985a).

Para Franco Basaglia (1985a), a eficácia terapêutica não depende unicamente de uma mudança da estrutura organizacional do manicômio. Para que uma comunidade seja terapêutica, deve ser estabelecida uma relação entre seus integrantes que enseje o reconhecimento das dinâmicas de violência e exclusão a que são submetidos tanto pela instituição, quanto pela sociedade. Identificando essa violência e essa exclusão, loucos, médicos e enfermeiros poderão estender ao sistema sociopolítico a crítica inicialmente dirigida à instituição manicomial. Assim, pela negação do papel institucional delegado pela sociedade, a ação da Comunidade Terapêutica assume um caráter eminentemente político;

ainda nesse caso, a horizontalização das relações no interior do hospício transforma a organização num ato terapêutico (FRANCO BASAGLIA, 1985a).

Um pressuposto na experiência de Gorizia é que a mudança organizacional do manicômio não é suficiente para alterar a realidade da atenção à saúde mental. Era a psiquiatria enquanto ideologia que deveria ser negada, com a

> superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 56).

No início dos anos 1970, Franco Basaglia partiu para Trieste juntamente com grande parte da equipe com a qual trabalhou em Gorizia. Em Trieste, realizou-se o fechamento de pavilhões e enfermarias psiquiátricas e, concomitantemente, foram instituídos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com a intenção de tomar o seu lugar na assistência à saúde mental (AMARANTE, 2007).

Enfim, a importância da Comunidade Terapêutica para o movimento da Reforma Psiquiátrica se deu no sentido de permitir, por meio da participação ativa dos atores implicados, vislumbrar a superação da instituição asilar. Acentuamos o ponto de vista italiano nessa discussão tomando a afirmação de Ramminger (2014), para quem as experiências internacionais – especialmente a italiana – foram grande influência para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Transposto para a atualidade, o relato da transformação do Hospital de Goriza deixa patente que o novo cuidado em saúde mental deve ultrapassar a mudança paradigmática, alcançado o modo de atuação dos trabalhadores, que devem buscar a transformação do modo pelo qual a sociedade se relaciona com a loucura.

3.4 A Reforma Psiquiátrica brasileira

Ramminger (2014) indica que, a partir do modelo italiano de Reforma Psiquiátrica, o objetivo da assistência à saúde mental deve incluir a intervenção sociocultural, em que se busca produzir novas formas pelas quais a sociedade se relacionar com a loucura – e não mais a adaptação social do louco – uma luta política. Assim, em nome dos direitos humanos, a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica italiana defendia a extinção dos manicômios, de todos os serviços que seguissem seu modelo e das lógicas que lhes sustentavam (RAMMINGER, 2014).

A partir da década de 1970, no contexto da luta contra a ditadura militar e no bojo da reforma sanitária, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que reivindica a Reforma Psiquiátrica brasileira. A influência da experiência italiana sobre o

MTSM pode ser percebida, por exemplo, em sua intenção de expor o caráter político por trás do aparato científico da psiquiatria, percebendo-a como dispositivo de poder que tinha como objetivos disciplinar e normalizar os sujeitos (AMARANTE, 1997). Amarante (1997) define a Reforma Psiquiátrica brasileira como um "(...) um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, e conceitual" (p. 165). De modo similar à experiência italiana, seu objetivo é operar uma ampla transformação da relação que a sociedade – por meio dos indivíduos e instituições – tem com a loucura; deixando a estigmatização, segregação e desqualificação dos sujeitos em sofrimento, e buscando, ao contrário, a coexistência e a prestação de cuidados (AMARANTE, 1997). Para tal, defende-se a implantação de um novo cuidado que propõe deslizamentos conceituais:

> (...) do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, de paciente para usuário, da clínica psiquiátrica para a atenção psicossocial, do incapaz tutelado para o cidadão (RAMMINGER, 2014, p. 40-41).

Essas mudanças conceituais e paradigmáticas impõem transformações na maneira pela qual os trabalhadores em saúde mental atuam. Doravante, as ações destes trabalhadores deverão ser implicadas politicamente na transformação das formas de cuidar e se relacionar com a loucura, e não somente o compromisso com questões de cunho técnico. Ramminger (2014) conclui que o trabalhador de saúde mental circula em um espaço disputado pelos discursos religioso, científico e o discurso da reforma psiquiátrica. Não há, no entanto, uma linha nítida de diferenciação entre esses discursos; ao contrário, eles coexistem no dia-a-dia dos serviços de saúde mental (RAMMINGER, 2014).

4 A HISTÓRIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Neste capítulo, pretendemos abordar as experiências internacionais que são apontadas como predecessoras das CTs brasileiras destinadas a usuários de drogas (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, [S.I., 2015a?]). Para apresentar uma perspectiva crítica, utilizaremos autores brasileiros e estrangeiros.

As principais influências das CTs dedicadas a usuários de drogas são a experiência de Maxwell Jones e um modelo de CT originada nos Estados Unidos (DELILE, 2011; FRACASSO, 2011; TINOCO, 2006; VIEIRA, 2007). Já tendo abordado o modelo de Comunidade Terapêutica de Jones, partiremos para CTs estadunidenses, que têm sua história ligada a grupos religiosos protestantes.

4.1 Os Alcoólicos Anônimos

Os AA estão na origem das CTs para usuários de drogas dos Estados Unidos. Consideramos importante determo-nos um pouco sobre a gênese deste grupo, bem como suas ideologias subjacentes, por conta da sua ampla disseminação atualmente.

O grupo de Oxford foi criado nos Estados Unidos durante a segunda década do século XX por Frank Buchman, um padre evangélico luterano. Este grupo surgiu com a missão de realizar "(...) um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã" (FRACASSO, 2011, p. 61); tinha como preocupação os "(...) sinais de destruição espiritual (...)" (FRACASSO, 2011, p. 61) de então, dentre os quais se incluíam o transtorno mental e o alcoolismo.

Fracasso (2011) aponta que o grupo de Oxford tinha como direcionamento "(...) a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, a reparação e o trabalho conjunto" (p. 61). Uma versão um pouco diferente dessas ideias e práticas é dada por Glaser (1981 *apud* DELILE, 2011), que sugere que o grupo de Oxford é resultante da tradição de grupos religiosos radicais da Pensilvânia. Glaser (1981 *apud* DELILE, 2011) aponta que esses grupos tinham como práticas a confissão pública dos pecados, a submissão total às crenças e a seus chefes, a disciplina e o respeito absoluto dos valores ensinados, levando os seguidores à conversão e a um verdadeiro renascimento.

Os AA tiveram grande influência do grupo de Oxford para a composição de suas tradições e passos. Os seus criadores, Bill W. e Bob S. se conheceram por meio de um dos integrantes do grupo de Oxford. Fracasso (2011) indica alguns pontos em comum entre a filosofia dos AA e os preceitos do grupo de Oxford: "(...) confessar-se aos outros, reparar os

males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença no grupo" (p. 61). Além disso, ambos os grupos têm na religião uma importante parte do trabalho – mesmo que nos AA seja facultada aos integrantes a crença na divindade que melhor lhe aprouver.

Ainda sobre o aspecto religioso, Suissa (2011) diz que a compreensão de abstinência dos AA se formaram e continuam seguindo o modelo evangélico. Para os evangélicos, a abstinência tem como funções permitir aos sujeitos se aproximarem de Deus e redimirem seus pecados; a sobriedade têm as mesmas funções para os AA. Ou seja, abster-se do uso de bebidas alcoólicas tem base na moral religiosa (SUISSA, 2011).

Os AA foram fundados em 1935, em Ohio, no Estados Unidos. Setenta anos depois de sua fundação, iniciada com dois indivíduos, a irmandade – o epíteto dos AA – contava com mais de dois milhões de membros ao redor do Mundo (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, [S.I., 2015a?]). E sua expansão se deu também em diversos outros campos de dependências, gerando modulações dos AA, foram criados grupos como os Narcóticos Anônimos (NA), que também contam com um enorme séquito mundial. É importante ressaltar que os NA compartilham dos mesmos pressupostos dos AA, por meio dos 12 passos, 12 tradições, etc. Destarte, quando nos referirmos aos AA, estaremos também nos referindo aos NA. Uma consequência disso é que, se há uma grande disseminação dos AA mundialmente, quando levamos em conta os NA, as cifras crescem substancialmente.

Mesmo considerando a ampla difusão dos AA, o que advogaria favoravelmente em relação a este grupo, Suissa (2011) lembra que diversos autores já questionaram seus fundamentos. Citamos: a noção de patologia em relação à dependência; a ideia de que se trata de uma "doença" incurável; a ideia de perda do controle; a abstinência como condição e algo a ser alcançado a qualquer custo; o privilégio de que laços sociais sejam estabelecidos entre os membros dos AA, em detrimento do restante da sociedade; etc.

A condição para que um membro seja aceito nos AA é a vontade de parar de beber; o grupo tem como objetivo a ajuda mútua dos membros para que se mantenham sóbrios. Para Suissa (2011), a noção de doença difundida pelos AA se sustenta em dois pilares, a saber, a perda do controle e a abstinência. Sobre a perda do controle, Suissa (2011) cita o primeiro dos Doze Passos de AA: "Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio de nossas vidas" (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, [S.I., 2015b?], n.p.). Isso denota a concepção que os AA difundem sobre a "doença", na qual os sujeitos não têm controle sobre si mesmos. Essa ideia tem por objetivo promover a tomada de responsabilidade dos sujeitos, na medida em que eles tomam consciência de sua condição (SUISSA, 2011).

Suissa (2011) sugere que movimentos de um de seus integrantes no sentido de uma autonomia em relação ao grupo são desencorajados, alegando-se que se estaria subestimando a dependência. Como segundo pilar da filosofia dos AA, temos a abstinência, única forma de os sujeitos serem exitosos em sua "recuperação". Portanto, o fracasso ou o sucesso dos membros dos AA são aferidos pela abstinência. Daí se tira o lema de viver um dia de cada vez, o reiterado "24 horas, só por hoje" (SUISSA, 2011). Para Suissa (2011), a noção de perda de controle e a abstinência como condição dos AA constituem um paradoxo, na medida em que se afirma que um sujeito não tem controle sobre o uso de álcool e, ao mesmo tempo, acreditar que se tenha força para permanecer abstinente; ou seja, afirma-se uma impotência vitalícia para que os sujeitos tenham poder sobre seus próprios destinos.

A respeito da ideologia dos AA, Suissa (2011) fala da oposição em relação à concepção de redução de danos, haja vista que a possibilidade de um uso controlado de bebida alcoólica é considerada impossível. O questionamento dessa e de outras complexidades não deve ser feito; os sujeitos devem apenas aceitar a sua impotência, caso permaneçam longe do poder de Deus. Suissa (2011) critica esse modo de ver, considerando que, para muitos, crer em Deus como condição não promoverá a saúde.

Suissa (2011) lembra que, se os AA têm milhões de adeptos, há também um sem número de pessoas que rejeitam seus valores. Em verdade, para aderir aos AA, um indivíduo tem que cumprir algumas condições específicas, o que faz com que o grupo não abranja um espectro grande de singularidades: deve-se aceitar a ideologia dos AA, bem como sua rotulação e vitimização pela noção de doença (MARLATT, B., 2004).

Há, ainda, a ideia de que uma pessoa que se tornou dependente do uso de drogas somente poderia ser compreendido por alguém que viveu uma experiência similar. Isso está incluso na ideia de que os contatos sociais fora do círculo dos AA são desencorajados; bem como o contato com literatura que não corrobore sua ideologia.

Sobre a dinâmica do grupo dos AA, entre os integrantes mais antigos há uma espécie de padrinho para cada novo membro. Ele auxilia o novato a entender os fundamentos do movimento, dando explicações e apoio. Suissa (2011) cita Lave (1991) para dizer que há a formação de uma verdadeira identidade alcoólica por meio das crenças e valores compartilhados. Por meio das trocas de experiência, lentamente os indivíduos compreendem o que é certo ou errado segundo o entendimento dos AA, devendo se tornar cada vez mais próximos ao modelo proposto pelos doze passos. A identidade alcoólica sóbria é engendrada pela dinâmica social estabelecida entre os mais antigos e os novatos do grupo; ou seja, a participação no grupo conduz os sujeitos a gradualmente formularem a compreensão sobre si

mesmo e sua história a partir das palavras dos AA; deste modo, amplia-se a possibilidade de que se desenvolva uma identidade sóbria (SUISSA, 2011).

A formação dessa identidade ainda assume outra função da organização dos AA, a saber, organizar sua expansão. Assim, os valores que foram adquiridos por meio da convivência grupal são apresentados como valores comuns aos membros, e todo o processo se configura como uma transmissão de saberes (SUISSA, 2011).

Uma importante questão diz respeito à religiosidade dos AA, que declaram não se vincular a nenhuma religião, mas que desenvolvem a espiritualidade. De fato, os doze passos não fazem referência a uma divindade específica, mas há controvérsias quanto a não se tratar de um grupo religioso. Suissa (2011) cita Bufe (1998) para dizer que, de acordo com a constituição e algumas instâncias judiciárias estadunidenses, a diferenciação entre religião e espiritualidade dos AA não é significativa; entende-se que as atividades realizadas pelos AA são de cunho religioso, tal como definido constitucionalmente. Suissa (2011) lembra que diversos autores já compararam os AA com um sistema coercitivo e também com seitas. Em relação à coerção, estima-se que cerca de um em cada seis estadunidenses já foram obrigados a participar de reuniões dos AA, seja por encaminhamento do judicário, patrões, prisões ou programas profissionais (BUFE, 1998 *apud* SUISSA, 2011).

Considerando a quantidade de pessoas envolvidas, o investimento financeiro e o impacto sobre contas públicas, Ragge (1998 *apud* SUISSA, 2011) afirma que os AA são o maior grupo religioso da história estadunidense. Há estudos que atribuem a disseminação da concepção de que o alcoolismo é uma doença à aliança estabelecida entre o poder médico e o programa dos doze passos (SUISSA, 2011).

Obviamente, os AA trazem benefícios para os sujeitos, por se constituírem como uma rede social acolhedora, e promoverem a escuta, a desculpabilização, o pertencimento e o contato social. Ocorre uma relação de mutualidade, em que os membros trocam experiências, e recebem do apoio do grupo (SUISSA, 2011).

A crítica de Suissa (2011) é sobre a dimensão política da rotulação dos sujeitos enquanto doentes que tem efeitos na vida de cada um, de seus familiares, da sociedade como um todo e de suas instuições. São criados laços sociais que tornam possível que a noção de doença seja transmitida, rotulando os indivíduos e exercendo sobre eles um controle social.

4.2 As Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas

Na década de 1950, surgiram dois modelos de assistência a usuários de drogas em ambiente fechado (ou residencial, como se definem as CTs), ambas nos Estados Unidos. Uma

delas é baseada quase que literalmente nos doze passos dos AA, diferindo principalmente por se tratar de uma instituição (DAMAS, 2013). Esse tipo de CT ficou conhecido posteriormente como o Modelo Minnesota, em referência ao Estado onde se originou.

Um grupo de AA foi convidado a fazer parte do tratamento levado a cabo com usuários de álcool em um manicômio de Minnesota que contava com 1.600 leitos. Neste hospital, desenvolveu-se um tratamento em que eram associados o trabalho da equipe multidisciplinar, e a participação dos usuários de álcool enquanto conselheiros, com base nos princípios dos AA. Uma das ações importantes desse trabalho foi a abertura do hospital psiquiátrico, permitindo aos pacientes que entrassem e saíssem do local quando bem lhes aprouvesse, o que gerou conflitos com a administração do hospital (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, [S.I., 2015b?]).

O modelo Minnesota é algumas vezes apontado como precursor de diversas CTs (ARAÚJO, 2003; DAMAS, 2013). Entretanto, alguns autores apontam outro modelo de CT, embora também esteja referenciado pelos AA. É o que apresentaremos a seguir.

4.2.1 *Synanon*

O outro modelo de CT dedicada a usuários de drogas foi *Synanon*, surgida na Califórnia no final da década de 1950, fundada por Charles Dederich, um antigo membro dos AA (DELILE, 2011; FRACASSO, 2011). Dederich aliou sua experiência nos AA a conhecimentos psicológicos e filosóficos para fundar o programa de *Synanon* (FRACASSO, 2011), destinados a usuários de heroína (TINOCO, 2006). O nome da CT Synanon revela sua ascendência em relação aos AA: *Sins Anonymous*, Pecados Anônimos (TINOCO, 2006).

Uma diferença entre os AA e *Synanon* é que neste último não havia tanta ênfase na espiritualidade (ARAÚJO, 2003; DAMAS, 2013). Preconizava-se que os residentes tivessem maior autoconfiança, sendo a possibilidade de mudança depositada mais no indivíduo, do que em uma divindade (ARAÚJO, 2003; FRACASSO, 2011). Outra diferença é a ampliação dos objetivos, que não se restringe à abstinência do uso de drogas, mas deve ser realizada uma mudança psicológica e de estilos de vida (FRACASSO, 2011).

A abordagem iniciada por Dederich tinha base na convivência comunitária residencial, em que os sujeitos ficavam afastados de circunstâncias externas à CT que pudessem influenciá-los a voltar a usar drogas (FRACASO, 2011). A terapêutica da comunidade seria desenvolvida por meio do relacionamento com outros sujeitos em situações semelhantes. Eram realizados grupos terapêuticos cujo objetivo era identificar quais comportamentos estariam associados ao uso de drogas, visando alterá-los. Utilizava-se da persuasão do grupo

como forma de que os participantes fossem sinceros e realizassem uma autoexposição completa, comprometendo-se a buscar mudanças (FRACASSO, 2011).

Na concepção filosófica de Dederich, a CT deveria funcionar como uma grande família regida pela autoridade moral do patriarca. Entretanto, *Synanon* acabou se tornando uma comunidade que cultuava seu líder. Para Mintzberg (1989 *apud* TINOCO, 2006), CTs como *Synanon* são organizações missionárias, no sentido de que há uma verdade a ser aceita e difundida. Apregoava-se a ideia de que o patriarca seria moralmente superior aos demais membros que, por sua vez, deveriam adquirir seus valores e retransmiti-los, tornando-se verdadeiros ativistas do movimento. Para Tinoco (2006), *Synanon* não visava prestar cuidados, mas a permanência dos sujeitos que deveriam aceitar e compartilhar princípios – que foram cada vez ficando mais rígidos –, a fim de aumentar seu séquito.

Dederich foi exitoso em seu objetivo de expandir a CT *Synanon* e, em 1977, recusou auxílio governamental para promover sua independência do mundo exterior. Esta CT passou a ser proprietária de terrenos em grande parte dos Estados Unidos, além de escolas, hospitais e indústria (TINOCO, 2006). Tinoco (2006) também aponta como um indicador do fechamento de *Synanon* sobre si mesma a uniformização do vestuário e o corte de cabelo, além de outros gestos do cotidiano que serviam para submeter ainda mais os indivíduos à ideologia institucional.

O isolamento da CT *Synanon* fez com que sua ideologia fosse cada vez mais dogmática, tornando-se um culto violento, com uma milícia própria (TINOCO, 2006). Delile (2011) classifica essa CT como uma organização paramilitar, com técnicas violentas de controle e reeducação. Em nome da ordem e da permanência dos membros no grupo, diversos abusos e violações de direitos foram cometidos (DELILE, 2011).

Synanon deu origem a diversas CTs que a têm como modelo, fundando uma tradição estadunidense neste tipo de instituição (TINOCO, 2006; FRACASSO, 2011). É importante ressaltar que as CTs que lhe sucederam fizeram uma série de críticas aos abusos e explorações econômicas advindos do modo de estruturação totalitário da CT *Synanon* (DELILE, 2011).

4.2.2 *Daytop Village*

David Deitich era um dirigente de *Synanon* que havia aberto uma filial à costa leste dos Estados Unidos, mas que discordou de determinados posicionamentos de Dederich. Este último, percebendo a retomada do uso de drogas por parte de residentes que haviam terminado o programa de *Synanon*, decidiu que as saídas da CT deveriam ser proibidas, porque a sociedade seria um fator de adoecimento; ou seja, uma vez que os sujeitos entravam em

Synanon, não haveria mais saída. Por sua vez, Deitich acreditava que a CT deveria possibilitar que os residentes retornassem ao convívio social (DELILE, 2011).

Após desobedecer Dederich e ser rebaixado na hierarquia da estrutura organizacional de *Synanon*, Deitich decide deixar esta instituição (DELILE, 2011). Une-se, então, ao psiquiatra William O'Brien, e conjuntamente fundam a *Daytop Village*, destinada inicialmente a usuários de drogas em liberdade condicional (TINOCO, 2006).

Daytop Village é um exemplo de CT contemporânea que conserva a abordagem e os conceitos básicos de *Synanon*, propondo-lhe alterações (FRACASSO, 2011). As críticas a *Synanon* diziam respeito ao tempo demasiado longo de permanência na instituição; ao isolamento excessivo da CT em relação ao mundo exterior; à ausência de uma equipe técnica; às técnicas ultrapassadas de disciplina e aprendizagem; e ao culto ao líder Dederich (BOEKAERT; VAN DER STRATEN, 1997 *apud* TINOCO, 2006).

Para Delile (2011), a CT *Daytop Village* conseguiu romper com o totalitarismo de *Synanon* pela abertura à intervenção de profissionais e à presença de familiares, sendo constituída não somente por ex-usuários de drogas. Neste contexto, Deitich se encontra com o também psiquiatra Efren Ramirez, um admirador das ideias de Maxwell Jones, que lhe influencia a utilizar o termo "Comunidade Terapêutica". O seu argumento era de que esse ato aumentaria a credibilidade de *Daytop* junto a profissionais da área da saúde mental. E, de fato, Delile (2011) vê essa aproximação com a Comunidade Terapêutica de Jones como um avanço.

A abordagem desta CT era comportamental e se propunha (ou se propõe ainda) ao objetivo amplo de transformar globalmente a vida do indivíduo, inclusive os valores morais. Delile (2011) considera esta abordagem quase como uma conversão, de onde se fundamenta a ideia de recuperação das CTs – que ultrapassa o objetivo de manter o sujeito abstinente, buscando uma cura total e a reabilitação. Dessa forma, Delile (2011) conclui que *Daytop Village* ainda opera sob a égide de um comportamentalismo agressivo. Ademais, configurava-se como um espaço pouco democrático; havia a uniformização de vestuário e cortes de cabelo; etc.

4.2.3 As CTs contemporâneas no Mundo

No plano internacional, as CTs contemporâneas buscam realizar uma amálgama entre a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones e as CTs estadunidenses, como *Daytop Village* (DELILE, 2011; FRACASSO, 2011; TINOCO, 2006; VIEIRA, 2007). Busca-se estabelecer uma estrutura hierárquica com contornos democráticos e uma ação terapêutica humanizada,

criando mecanismos que evitem a violação de direitos e desvios totalitários (DELILE, 2011; TINOCO, 2006; VIEIRA, 2007). Percebeu-se a necessidade dessa transformação após os abusos cometidos em CTs como *Synanon*.

Os residentes se organizam de maneira hierárquica, assumindo responsabilidades e alcançando níveis mais altos na estrutura organizacional na medida em que demonstram respeitar as pessoas e as regras coletivas da CT, especialmente a abstinência do uso de drogas; a partir de então, os residentes mais antigos servem como modelo de identificação aos demais (DELILE, 2011; VIEIRA, 2007). É importante lembrarmos que as CTs são uma abordagem bastante difundida mundialmente. Deste modo, Araújo (2003) observa que há uma gradação de ênfase na hierarquia ou em estruturas mais democráticas.

A estrutura organizacional das CTs conta com a participação de profissionais. A equipe responsável pela CT é formada tanto por ex-usuários de drogas, quanto por profissionais especializados, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, trabalhadores sociais e equipe administrativa (DELILE, 2011).

As CTs são compreendidas como ambientes residenciais seguros e sem drogas nos quais a convivência tem papel central na ação terapêutica. Assim, essas CTs abrangem a ideia de que soluções que podem ser encontradas sem a ajuda de profissionais. Trata-se de uma premissa comum tanto às CTs estadunidenses, quanto à Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones – embora esta última se caracterize por ser uma instituição horizontalizada, e nisso resida seu caráter terapêutico.

Uma importante diferença em relação às CTs estadunidenses é a recusa em compartilhar uma verdade superior que deveria ser seguida incondicionalmente por todos os membros, e destes para novos membros; Mintzberg (1989 *apud* TINOCO, 2006) cunhou o termo missionário para se referir às organizações com esse tipo de estrutura – que se estende também aos AA. Enfim, o objetivo das CTs contemporâneas deve ser o de estimular capacidades inerentes a cada residente, em vez de querer mudar sua forma de encarar a vida, as relações sociais e os valores pessoais. Fazemos novamente a ressalva de que há uma ampla gama de CTs espalhadas pelo Mundo, o que não torna essa característica uma unanimidade (TINOCO, 2006).

5 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Acreditamos que a grande maioria das CTs brasileiras que existem atualmente no Brasil são instituições lideradas por grupos religiosos, que muitas vezes desconhecem as experiências internacionais. Damas (2013) aponta que as CTs brasileiras são, em sua maioria, sítios ou fazendas e estão localizadas em zona rural. As diferenças de metodologia variam desde um modelo religioso-espiritual, passando por metodologias com base na atividade laboral, pelo modelo médico, assistencial ou psicológico – ou até uma mescla de uma ou mais metodologias nas CTs.

Para o Conselho Federal de Psicologia (2011), nas CTs não se realiza um cuidado de saúde, mas uma prática social. Santos (2014) afirma que as CTs, além de não serem equipamentos de saúde em termos formais, também não são entidades de assistência social. Isso leva Santos (2014) a entender que as CTs ainda estão em busca "(...) de um estatuto que defina seus contornos, suas funções e seus objetivos" (p. 46). É nesse sentido que o CONAD vem tentando fazer uma regulamentação das CTs em nível nacional.

Com alguns autores pesquisados, é possível esboçar os modelos das CTs que existem no Brasil. Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) relatam que grande parte das CTs que surgem no Brasil é criada por ex-usuários de drogas seguindo o mesmo modelo das CTs nas quais estiveram internados.

Araújo (2003) acredita que as CTs brasileiras ou seguem o Modelo de Minnesota, ou apenas preceitos religiosos, ou então combinam ambos. Por seu turno, Fracasso (2011) apresenta uma ideia de CT que se baseia no modelo de *Daytop Village* combinado com o modelo da CT de Maxwell Jones. Damas (2013) acredita que as CTs brasileiras sejam derivadas de *Synanon*, ou do Modelo Minnesota. Temos, então, três modelos de CTs: religiosas, Modelo Minnesota e as CTs contemporâneas. Para abordar esses modelos criticamente, utilizar-nos-emos das ideias de Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011), que apresentam quatro modelos explicativos para a dependência de drogas: jurídico-moral, médico, psicossocial e sociocultural.

No modelo jurídico-moral, as intervenções aos usuários se constituem pela repressão e pelo controle do uso de drogas, associados à atenção à saúde de natureza religioso-expiatória, que somente admite a abstinência como objetivo (SCHNEIDER; LIMA, 2011). Nós vimos no primeiro capítulo como se articulam a ação repressiva e o tratamento da abstinência. 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 como uma decorrência da fraqueza moral do indivíduo, o qual deve se tornar abstinente como uma forma de

purificação, além de operar uma mudança interior pela transformação de valores e vida social, conformando-se "(...) às regras de boa convivência humana (...)" (SCHNEIDER, 2010, p. 693). Essas concepções são fundamentadas na crença em Deus ou num poder superior, que concebem o uso de drogas enquanto um desvio da espiritualidade.

Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011) também apresentam o modelo biomédico, que se constituiu pela tentativa de ruptura com o modelo moral. A dependência química é concebida a partir de 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. O sujeito deve ser curado por meio da abstinência dessa doença recorrente e crônica que é a dependência química.

O modelo psicossocial (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011) busca ampliar a noção de dependência química para além dos fatores orgânicos do modelo biomédico. Considera-se o papel ativo do sujeito, que interage sistemicamente com a droga e o meio. O uso de drogas tem funcionalidade na vida do indivíduo, e a intervenção terapêutica deve modificar o padrão de seu uso, com a abstinência como meta; são utilizadas técnicas de base psicodinâmica ou comportamental.

Por fim, Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011) abordam o modelo sociocultural, para o qual a toxicomania tem raízes nas contradições sociais, econômicas e ambientais. As intervenções focam nas determinantes sociais do uso de drogas, buscam a modificação no padrão deste sem, necessariamente, visar à abstinência total – a estratégia de redução de danos. Preconiza-se o respeito à cidadania dos usuários, bem como a garantia de acesso a cuidados integrais de saúde.

Para Schneider (2010), muitos serviços de atenção à saúde de usuários de drogas se utilizam de uma mescla desses modelos de análise da dependência de drogas, o que tem ressonâncias claras sobre o modelo e a metodologia de intervenção. Trouxemos essa diferenciação, levando em consideração as configurações de CTs que possivelmente existem atualmente no Brasil. De posse destes modelos de análise, é possível falarmos um pouco sobre cada modalidade de CT existente no Brasil.

5.1 Modalidade Religiosa

Uma definição que nos parece ser fidedigna é expressa por Queiroz (2001), que afirma que grande parte das CTs "(...) funciona em regime de vida comunitária, obedecendo a um programa fundamentado na disciplina, na espiritualidade e no trabalho como recursos terapêuticos" (n.p.). Pacheco e Scisleski (2013) também têm a opinião de que a maioria das

CTs brasileiras opera desta forma. Disso, já é possível inferir, como fez Queiroz (2001), a proximidade das CTs Religiosas com o tratamento moral pineliano – principalmente, se considerarmos as colônias de alienados.

Com o fim de melhor caracterizar esse modelo de CT, apresentaremos o exemplo de uma CT do interior do Estado do Rio Grande do Sul, estudada por Pacheco e Scisleski (2013). Nesta CT, observa-se uma estrutura hierárquica, em que no topo se encontram os administradores que, em ordem decrescente, são seguidos dos coordenadores das atividades, em seguida dos obreiros e, por fim, dos alunos. Os obreiros e os alunos são os usuários de drogas que estão internados nesta CT. Os obreiros estão em uma posição hierárquica superior na estrutura organizacional desta CT, e ascendem a esta condição por meio da disciplina. Gozam de algumas regalias e têm a responsabilidade de vigiar o cumprimento das regras dos alunos (PACHECO; SCISLESKI, 2013). No sentido hierárquico, esta CT acompanha o modelo das CTs contemporâneas; porém, outras características diferenciam essa modalidade de CT.

A prática da referida CT é baseada tão-somente pelo saber religioso, e o seu projeto terapêutico não tem relação com qualquer teoria médica, psicológica, pedagógica ou de serviço social. Pacheco e Scisleski (2013) perceberam que o discurso religioso está incrustado de tal forma na prática da CT estudada "(...) que os próprios sujeitos se referem uns aos outros através do termo *irmãos* e quando falam sobre a recuperação da dependência química utilizam a palavra *salvação* para designar a cura que buscam através do tratamento pela fé" (p. 168, *grifo dos autores*). Além disso, é importante ressaltar que, para Pacheco e Scisleski (2013), a salvação está condicionada à abstinência do uso de drogas.

Essa prática de embasar a metodologia de uma CT na fé religiosa é bastante comum no território brasileiro. A maior parte das CTs inspecionadas pelo Conselho Federal de Psicologia (2011) tem essa característica. Uma das críticas à forma de atuação destas CTs é em relação à obrigação dos internos de participarem de atividades religiosas, mesmo que não comunguem das mesmas crenças – o que se configura como violação ao direito de não seguir nenhuma religião, ou de se guiar por sua própria fé (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). As denúncias ainda se estendem à atuação dos profissionais de saúde que, nas poucas ocasiões em que fazem parte da equipe da instituição, subordinam sua atuação aos princípios religiosos e morais. Com isso, esses profissionais ignoram tanto os saberes técnico-científicos, quanto pela ética de suas categorias profissionais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Bucher (1992) chama esse tipo de abordagem de "(...) *desintoxicação pela religião* (...)" (p. 243), caracterizando-se pelo controle severo dos usuários. Para Bucher (1992), as CTs submetem os sujeitos

> a procedimentos de doutrinação que merecem o epíteto de lavagem cerebral, quando aplicados sem consideração para a significação da sua procura de drogas. Assim, com o tempo e em consequência de exercícios sequenciais devidamente articulados, os jovens rebeldes transformam-se em moços cordatos, obedientes e desistem do consumo de tóxicos (p. 244).

A crítica de Bucher (1992) gira em torno da questão de uma mecanização dos indivíduos, que são instados a doravante seguir uma ideologia religiosa, na qual não se questiona a motivação que levou os residentes a virem a usar drogas. Sob a promessa de uma libertação a ser paga pela submissão aos princípios religiosos, a dependência de drogas se torna uma dependência ideológica. Pensamos que o Conselho Federal de Psicologia (2011) tem opinião idêntica quando afirma que o tratamento realizado por muitas CTs visa substituir "(...) a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada" (p. 190).

Em nosso entendimento, a atuação desta e de outras CTs são classificadas no modelo jurídico-moral de explicação para o fenômeno da dependência de drogas (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011). Ao que indicam os autores citados neste item (BUCHER, 1992; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; PACHECO; SCISLESKI, 2013), parece-nos que haveria ainda a ideia de que há uma cultura a ser adquirida pelos usuários de drogas, assim como mostramos ser a ideia de Franco Basaglia (1985a) a respeito da Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones. Percebe-se que nas CTs religiosas há uma relação estabelecida entre o usuário oriundo de uma cultura doente (ou profana), em contradição com aqueles que compartilham de uma cultura sã, dentre os ex-usuários e religiosos.

5.2 O Modelo Minnesota

Essa modalidade de CT é baseada na filosofia do grupo dos AA, que visam a formação de uma identidade alcoólica em recuperação, como mostramos ser o a ideia de Suissa (2011). Pela descrição dos modelos propostos por Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011), pensamos que os AA combinam o modelo jurídico-moral e o modelo biomédico, em sua concepção de uma "doença entre os domínios físico e moral" (CAMPOS, 2004, p. 1383).

Pensamos que as críticas realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia (2011) e por Bucher (1992) são extensíveis a uma CT orientada pelo modelo Minnesota. Primeiramente, pelo fato de ter uma verdade a ser transmitida, com a qual o sujeito deve se desfazer de suas

concepções anteriores, ou ao menos ressignificar sua experiência a partir dessa verdade. Assim, o Modelo Minnesota seria uma organização missionária, no sentido conferido por Mintzberg (1989, *apud* TINOCO, 2006). Consequentemente, a crítica de Franco Basaglia (1985a) sobre uma relação entre doentes e sãos também cabe a este tipo de CT.

A segunda aproximação possível entre o Modelo de Minnesota e as CTs Religiosas é o fato de que para a participação nos AA há a precondição da crença em Deus. Mesmo considerando que não se exige uma religião específica, mas somente a crença em Deus, é plausível que por esse mesmo motivo, os princípios dos doze passos sejam facilmente incorporados por CTs que tenham orientação religiosa definida. Essa afirmativa vai ao encontro da ideia de Araújo (2003) sobre as CTs brasileiras de que muitas vezes o Modelo Minnesota é combinado a preceitos religiosos.

Nesse sentido, Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) descrevem uma CT para adolescentes e jovens do sexo feminino. Trata-se de uma CT pouco comum, porque está localizada em área urbana próxima à cidade de Porto Alegre, além de contar com diversas atividades, como oficinas de trabalhos manuais, música, informática, recreação, jardinagem, atendimento médico-psiquiátrico, ginecológico e grupos de mútua-ajuda, como os AA. Todas essas atividades são realizadas por voluntários. A equipe era composta por uma freira que administrava a CT; e três religiosas que, dentre outras funções, coordenavam os grupos de mútua-ajuda. Outra particularidade desta CT era a ausência de responsáveis pela monitoria das adolescentes. A equipe era auxiliada por residentes que continuavam na CT até três meses após o fim do tratamento, na condição de estagiárias em monitoria.

O trabalho desta CT se orientava pela religião católica e tinha como instrumentos terapêuticos o trabalho, a fé e a disciplina. A participação nas atividades religiosas e nos grupos de mútua-ajuda fazia parte da rotina e era obrigatória. Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) entendem que se realizava uma doutrinação religiosa das residentes nesta instituição, buscando-se mais do que a abstinência, mas a reeducação moral das adolescentes segundo os preceitos cristãos. Assim, considerando os modelos explicativos da dependência química (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011), esta CT seguia o modelo jurídico-moral e o modelo biomédico, com ênfase no primeiro.

5.3 Modalidade Psicossocial

Por fim, abordaremos as CTs que mais se aproximam da experiência internacional. Utilizaremos como referência o texto de Fracasso (2011), pela declarada influência das CTs internacionais. Utilizamos o termo psicossocial para designar esse tipo de CT, porque

Fracasso (2011) argumenta sobre o diferencial de uma CT que segue o modelo psicossocial. Para essa afirmação, Fracasso (2011) se embasou na então vigente RDC 101 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001), que afirmava que as CTs funcionavam segundo o modelo psicossocial. Entretanto, Fracasso (2011) também pretende marcar o diferencial em relação a outras CTs, e acredita que grande parte da resistência da política de saúde às CTs se deve ao desconhecimento da história desta abordagem, bem como à falta de adequação à RDC 101 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001). Assim sendo, é pertinente pensarmos junto a esta autora.

Sobre o conceito de dependência, Fracasso (2011) afirma que a dependência não se resume ao sintoma em si, mas ao indivíduo como um todo; e, portanto, "(...) é fundamental que, no tratamento, haja uma compreensão biomédica, social e psicológica da dependência de álcool e/ou drogas" (p. 65). Essa ideia nos remete à compreensão do ser humano a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Schneider (2010) ressalta que contemporaneamente diversos serviços de saúde têm adotado uma concepção biopsicossocial para a dependência química, que tem o mérito de tentar superar o reducionismo da visão biomédica, ao asseverar sua multideterminação.

Em outro trecho, Fracasso (2011) afirma que

> o centro do transtorno do abuso e da dependência de SPA [substância psicoativa] é a "pessoa como ser social e psicológico" – o modo como os indivíduos se comportam, pensam, administram emoções, interagem e se comunicam com os outros, bem como sua maneira de perceber e de vivenciar a si mesmos e o mundo. (p. 65).

Nesse trecho, percebemos que é acentuado o caráter psicológico da noção de dependência. Schneider (2010) considera que frequentemente o termo biopsicossocial é utilizado sem consideração pela articulação sistêmica entre os três fatores, disfarçando um discurso que ainda tem bases deterministas, cujo reflexo no tratamento é o estabelecimento da abstinência como objetivo único. Schneider (2010) vai além e diz que uma visão psicopatologizante da dependência tem por finalidade culpabilizar o usuário de drogas. Pensamos, então, que essa concepção da dependência se classifica como um modelo psicossocial de análise, na medida em que há uma visão psicopatológica do uso de drogas, associada à necessidade de o indivíduo ser responsável pelo próprio tratamento, conduzindo à conclusão de que a abstinência é o objetivo da intervenção a ser realizada.

Fracasso (2011) também considera que as CTs são um "(...) grupo de mútua ajuda permanente (...)" (p. 66), além de fazer referência aos grupos que fazem uso dos doze passos dos AA. Uma CT que, além do modelo psicossocial, utilize-se da ideologia dos "doze passos" compartilharia também das concepções do modelo jurídico-moral e do modelo biomédico.

5.4 Comunidades Terapêuticas no Brasil: política e ideologia

No primeiro capítulo, vimos como que a atenção à saúde de usuários de drogas foi preterida, durante quase todo o século XX, em relação à repressão e ao controle do uso e tráfico de drogas. E como que, quando esteve em foco, a atenção à saúde de usuários de drogas sempre esteve ligada à exclusão, tendo compartilhado o mesmo destino que a loucura durante muito tempo. As CTs surgiram nesse contexto e, mais recentemente, sob o argumento de que os usuários de drogas são sujeitos de direitos e merecedores de um tratamento digno, receberam novo impulso em relação a seu investimento (SILVA, C., 2014).

Neste interim, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira começa a realizar a substituição de leitos em hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares. Assis, Barreiros e Conceição (2013) admitem que, embora os usuários de álcool e outras drogas também estivessem nos manicômios, inicialmente a Reforma Psiquiátrica não abarcou esses sujeitos. Pode-se dizer que os usuários foram simplesmente transferidos dos hospitais psiquiátricos para as CTs (SILVA, C., 2014). É lógico que atualmente existem dispositivos extra-hospitalares que são responsáveis pela atenção à saúde na área de drogas, mas ainda há uma predominância do quantitativo de CTs em relação ao quantitativo de serviços comunitários, como vimos na Introdução.

Esse quadro lembra o modo como se deu a transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia em uma Comunidade Terapêutica, motivada pela garantia dos direitos dos sujeitos que lá estavam internados. Vimos que uma das críticas à Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones foi que, embora suas mudanças tivessem o mérito de colocar em evidência as contradições da sociedade, não excediam o interior do hospício, de forma a promover uma implicação sociocultural. Assim, aumentava-se a efetividade do asilo, diminuía-se o atrito entre a loucura e a sociedade e, por fim, resignava os indivíduos na inexorabilidade da violência e exclusão de que eram (ou são) objeto. Outra questão que Franco Basaglia (1985a) levanta é que o hospital psiquiátrico era o destino somente do segmento da sociedade que não tinha condições de arcar financeiramente com um tratamento diferenciado.

Perguntamo-nos se não estamos vivendo no Brasil uma situação similar. A lei 11.343 (BRASIL, 2006) deixa a distinção entre traficantes e usuários de drogas a critério da autoridade judiciária, o que aumentou o número de usuários que são presos injustamente por tráfico de drogas (SILVEIRA, 2013). Amiúde, isso acontece com sujeitos oriundos de segmentos marginalizados da sociedade, o que evidencia o caráter discriminatório dessa prática (MATTOS, 2013). Ainda a respeito da nova legislação sobre drogas (BRASIL, 2006),

vimos com Silva, C. (2014), que atualmente a internação é o carro-chefe da política de saúde, constituindo-se como mais uma forma de exclusão. Se acrescentarmos a isso o fato de que as internações compulsórias são destinadas principalmente aos segmentos sociais desfavorecidos, perceberemos que também são reproduzidas a exclusão e a violação de direitos (KARAM, 2013; KINOSHITA, 2013).

Por fim, temos os sujeitos que voluntariamente decidem buscar ajuda nos serviços disponíveis para usuários de drogas, e encontram instituições cujo intuito é a segregação dos indivíduos (SILVA, C., 2014), e o estabelecimento de uma relação que busca adaptá-los ao contexto social. Esse é o objetivo de todas as CTs que estudamos, independentemente de serem mais ou menos democráticas, técnicas, ou humanizadas. Deste modo, confirma-se a exclusão social daqueles que anteriormente já eram excluídos (SILVEIRA, 2013), restando-lhes se conformarem à sua condição. Essa situação não se estende a determinados setores da população que têm condições econômicas de arcar com outras possibilidades de assistência à saúde.

O cenário que descrevemos se assemelha à situação italiana, na medida em que as mudanças institucionais que estão sendo cogitadas por meio da regulamentação das CTs somente atenuam os conflitos entre a sociedade e os desviantes, aumentando sua eficiência. Não há qualquer intenção de transformar a realidade sociocultural, mas apenas perpetuá-la. Fazemos, então, apelo a Franco Basaglia (1985a), para quem não basta aperfeiçoar a instituição tecnicamente, é necessária a implicação política; não basta transformar a instituição em sua interioridade, mas é necessário negar os saberes e práticas que a sustentam, no caso italiano, a psiquiatria.

As CTs ocuparam um espaço vago deixado pela política de saúde brasileira, mas atualmente se sustentam não somente pelo proibicionismo, mas pelos saberes que coabitam no seu cotidiano. Na presente exposição, referimo-nos a esses saberes como os modelos de análise da dependência de drogas. Vimos como que esses modelos se combinam, mesmo que algumas vezes sejam contraditórios entre si, formando uma espécie de Torre de Babel da assistência a usuários de drogas. Para Schneider (2010), esses modelos de análise sobre a dependência do uso de drogas “(...) têm em comum uma concepção determinista, ahistórica e não dialética (...)” (p. 696). O que explica a combinação dos modelos explicativos da dependência de drogas é o fato de que todos os modelos utilizados pelas CTs conduzem à conclusão de que a abstinência seria a única saída possível para a dependência do uso de drogas, estabelecendo-se um consentimento mútuo pelo objetivo comum (SCHNEIDER, 2010).

É importante notarmos que não só as CTs estão suscetíveis a uma amálgama de modelos de análise (SCHNEIDER, 2010); por exemplo, é muito comum profissionais dos CAPS encaminharem usuários para CTs ou grupos de AA, trabalhando conjuntamente (também motivados pela precariedade do sistema público de saúde, é verdade). Deste modo, pelo ideal da abstinência, os trabalhadores de saúde mental acabam, de certa forma, também sustentando a prática das CTs.

Para Costa-Rosa (2000), uma instituição de saúde mental é uma formação material que conjuga saberes contraditórios entre si, e práticas contraditórias entre si. A articulação desses saberes e dessas práticas é realizada por um discurso ideológico que é lacunar, porque tenta abarcar as tensões da demanda social. O texto ao qual nos referimos de Costa-Rosa (2000) compreende a sociedade ampla também como uma articulação de interesses contraditórios, o que tem ressonâncias na forma como esses interesses são articulados no interior das instituições.

Costa-Rosa (2000) propõe que, nas últimas décadas, uma correlação de forças tem reverberado nas práticas em saúde mental, dando origem à constituição de dois paradigmas, a saber, o modo asilar e o modo psicossocial. Este último tem seu surgimento a partir de críticas a aspectos ideológicos e teórico-técnicos do primeiro, e que se tornaram novas práticas em saúde mental.

Importante fazer um adendo no sentido de articular o modo psicossocial de que fala Costa-Rosa (2000) e o modelo psicossocial de análise da dependência, de Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011). Para Costa-Rosa (2000), o paradigma do modo psicossocial concebe o fenômeno do uso de drogas por múltiplas determinações, levando em consideração aspectos subjetivos, políticos, culturais e familiares. Em sua intervenção, busca-se o papel ativo do sujeito, e incluem o meio social. A supressão dos sintomas não é seu objetivo final, nem é diretamente buscada. Almeja a implicação subjetiva e sociocultural, além de seu posicionamento ético ser a abertura para a singularização.

A característica de buscar a multideterminação e a implicação do sujeito estão presentes no modelo psicossocial de Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011). Podemos dizer que a ideia de que a supressão dos sintomas não é o alvo das ações do modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) estão presentes no modelo sociocultural (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011), de forma que a abstinência não é necessariamente visada. A intervenção social está presente tanto no modo psicossocial, quanto no modelo sociocultural. Enfim, Schneider (2010) afirma que há uma equivalência entre a ação do modelo sociocultural na área das drogas, e o movimento antimanicomial na área da saúde mental.

Similarmente, no texto de Costa-Rosa (2000), o paradigma do modo psicossocial se apresenta como uma alternativa às instituições asilares, o que o aproxima do modelo sociocultural. Por outro lado, pela ideia de que também há no modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) intervenções junto ao sujeito, sendo também uma parte importante da intervenção, aproximamo-nos do modelo psicossocial (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011). Assim sendo, pensamos que, aplicado ao contexto da atenção à saúde de usuários de drogas, o paradigma do modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) articula o modelo psicossocial e o modelo sociocultural de Schneider (2010) e Schneider e Lima (2011).

No pensamento de Costa-Rosa (2000), somente se pode conceber o modo psicossocial enquanto alternativo, substitutivo, ao modo asilar, caso os dois sejam contraditórios entre si. A contradição se relaciona a uma dialética, porque representa, ao mesmo tempo, unidade e conflito; e as formações sociais dependem do impulso originado dessa dialética para operar transformações que podem manter o instituído ou estabelecer uma nova configuração institucional (COSTA-ROSA, 2000).

Voltando à realidade do Brasil contemporâneo, nós discutimos um pouco acima os modelos de compreensão da dependência de drogas que sustentam as práticas das CTs. Em relação às diversas combinações de modelos de análise, Schneider (2010) dirige sua crítica principalmente ao modelo biomédico que, mesmo com sua aura de cientificidade, combina-se ao modelo jurídico-moral, cujos fundamentos estão ancorados em princípios morais e teológicos. Frente a essa constatação, Schneider (2010) questiona se a noção de dependência enquanto uma doença realmente teria caráter científico, tendo em vista o reducionismo inerente a uma concepção que se fia apenas no aspecto biológico para determinar a existência de uma doença.

Nesse mesmo sentido, Silveira (1996) afirma que o modelo que compreende a dependência como uma doença biologicamente determinada é passível de críticas, por quê: fundamenta-se em concepções genéticas controvertidas, além de generalizações de experimentos para a dependência como um todo; não tem algo como uma teoria da dependência, isto é, não concebe em sua teoria uma relação histórica do indivíduo com a droga; e não abrangem todo o espectro de casos que apresentam prejuízos diretamente relacionados ao consumo de drogas.

Schneider (2010) problematiza a compreensão biomédica da dependência como um padrão que se repete na história da humanidade, qual seja, o de transformar questões de cunho social em questões biológicas. Suissa (2007) chama esse processo de medicalização, uma forma de controle social. Schneider (2010) sugere que esse expediente tem como funções

desresponsabilizar a sociedade, bem como a culpabilização da vítima. Um exemplo é a higiene pública, um saber que se desenvolveu a fim de abordar perigos sociais como perigos patológicos (SUISSA, 2007).

Essa tendência pôde ser vista no primeiro capítulo do presente trabalho, quando discutimos a história da atenção à saúde de usuários de drogas no Brasil. Vimos que ao longo do século XX, quando a saúde foi uma questão para os usuários de drogas, dava-se sempre sob o viés do controle do uso, pelo método da abstinência. Nesse caso, a medicalização está atuando em nível institucional, justificando as medidas a serem tomadas (SUISSA, 2007).

Suissa (2007) ainda apresenta outro nível de controle no qual a medicalização atua e que é relevante para o nosso trabalho; a saber, o nível conceitual, em que o discurso médico adota uma ideologia com o fim de aumentar sua aceitação social. Esse é o caso dos AA, que com sua ideologia de dependência como uma doença irreversível, a noção de perda de controle sobre a doença, etc., conferem maior difusão e aceitação do discurso médico na sociedade (SUISSA, 2007).

Pode-se dizer que há uma relação de mutualidade entre os AA e a medicina, tendo em vista que o discurso médico franqueia a existência dos AA. E isso é verdade para todos os modelos explicativos da dependência de drogas, exceto o sociocultural (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011). Como observamos, quando o objetivo é a abstinência do uso de drogas, deve-se alcançá-la a qualquer custo; nem que seja em instituições violadoras dos direitos humanos. Em última instância, contribui-se para que a situação permaneça a mesma.

Outro aspecto que coopera para a grande difusão dos AA diz respeito a seu efeito sobre os usuários de drogas: ser considerado um doente desperta a solidariedade alheia (SUISSA, 2007), o que é bem melhor do que ser criminoso, como acontece corriqueiramente. É assim que a aliança entre a medicina e os AA se dá em torno da questão do uso de drogas, fazendo imperar uma atuação que se pauta mais na adequação dos sujeitos à sociedade, do que propriamente no intuito de prestar cuidados à saúde dos sujeitos.

Falamos, então, da importância de tomarmos a radicalidade do conceito de Franco Basaglia (1985b) de colocar a doença entre parênteses, de estabelecer uma nova relação com a dependência. Não queremos com isso dizer que não exista algo como a dependência, mas apenas esperamos ampliar as possibilidades de vida. Caso contrário, permaneceremos tratando os usuários como bandidos ou doentes mentais, cuja única saída é operar uma ruptura com seu passado por meio de valores como culpa e erro. Suissa (2007) compreende que essas rotulações negam aos indivíduos o seu potencial de mudança.

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, as estratégias de redução de danos podem ser úteis. Passos e Souza (2011) consideram que a redução de danos tem o mérito de evidenciar as diversas formas de uso de drogas e, desta forma, denunciar a dinâmica de poder instituída a partir da identificação do usuário de drogas como criminoso e/ou doente. Pela participação ativa dos usuários, questiona-se a abstinência enquanto meta única dos serviços de saúde, e abrem-se espaços para a construção de novas formas de intervenção que não estejam tão interessadas em normalizar, em disciplinar, como é o caso do direito penal, da psiquiatria e da religião.

Fernandes (2009) aborda a questão de maneira similar e diz que, além de questionar a terapêutica tradicional por não ter a abstinência como único objetivo, a redução de danos questiona a política proibicionista. A norma jurídica relega o usuário à ilegalidade do consumo, o que lhe acarreta diversos danos que não advém da droga, sendo necessário para reduzir os danos uma política não proibicionista (FERNANDES, 2009).

Enfim, a redução de danos indica um caminho em que a ação do trabalhador de saúde mental pode conter e ultrapassar o nível teórico-técnico, para intervir politicamente. É possível, então, questionar o instituído e construir a sua antípoda, como quis Costa-Rosa (2000).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, reconhece-se que as CTs não são um serviço de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011b). Entretanto, há alguns saberes que lhes sustentam. O primeiro deles é a concepção moral sobre o uso de drogas, compartilhado de antemão por grupos religiosos. O segundo é o conhecimento biomédico, que vimos que forma uma aliança com o discurso jurídico-moral. Ambos os discursos justificaram ao longo do século XX ações repressivas em relação aos usuários de drogas. Há, ainda, um terceiro discurso que se insere nessa perspectiva, que é o discurso psicossocial, quando centrado na abstinência como objetivo único de abordagem da toxicomania. No final das contas, todos esses modelos auxiliam para que uma política de atenção à saúde de usuários de drogas permaneça excludente.

Apresentar um posicionamento a respeito da regulamentação e do financiamento das CTs requereu de nós um percurso histórico para esboçar uma compreensão sobre o que tem sido discutido na área da assistência a usuários de drogas. Em nosso entendimento, essa resposta só pode ser encontrada dentro da área da saúde, como costuma se dizer. Entretanto, não podemos nos prestar a mal-entendidos. Falamos da radicalidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, que se orientou pelos pressupostos basaglianos.

No Brasil, há duas linhas de prestar cuidados a usuários de drogas, que estão divididas entre o Ministério da Saúde e a SENAD. Mesmo que se reconheça que a atuação das CTs não se caracteriza como um serviço de saúde, a SENAD investe nas CTs para atender sujeitos em sofrimento advindo do uso de drogas. Aventar essa hipótese nos sugere um discurso demagógico. Se não é esse o caso, as CTs podem ter um papel somente periférico quando se discute a atenção à saúde de usuários de drogas. Por se tratar de uma prática social, basta proceder a sua regulamentação, para evitar violações dos direitos humanos.

Com isso, estamos dizendo que o investimento em saúde deve ser feito prioritariamente nos serviços de atenção psicossocial comunitários, independentemente se os recursos financeiros vêm do Ministério da Saúde, ou da SENAD. Um dos argumentos utilizados para o investimento nas CTs é a necessidade de que uma multiplicidade de serviços seja ofertada. Porém, esses serviços não podem ceder ao ecletismo, devem ter um eixo norteador (SILVA, R., 2013). Esse eixo é composto pela redução de danos e pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Num contexto em que a maior parte dos serviços é de caráter fechado, fica evidente a função de segregar os indivíduos por parte da política pública de saúde. No caso de um sistema de saúde fortalecido e orientado pela atenção comunitária, associado ao

questionamento de concepções que sustentam uma prática que busca adaptar os sujeitos ao contexto social anulando suas subjetividades, serviços residenciais podem ser interessantes no sentido de promover um cuidado específico para aqueles que não se beneficiaram do atendimento ambulatorial.

Da parte dos trabalhadores de saúde mental, cabe o questionamento da abstinência como única solução para a dependência de drogas. Porque a superação de um paradigma em saúde mental que se pauta pelo controle dos indivíduos somente pode ocorrer pelo questionamento das práticas e saberes que o sustentam. É no cotidiano dos serviços de saúde mental que esse questionamento pode ser feito. É na participação e no fomento da participação política da população na direção da política de saúde que essa transformação pode acontecer.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Diretoria Colegiada. Resolução **RDC nº 101, de 30 de Maio de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf> Acesso em: 29 jan 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Diretoria Colegiada. Resolução **RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011a**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html> Acesso em: 29 jan 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Nota técnica nº 01, de 15 de julho de 2011b**. Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC n° 29, de 30 de junho de 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/750f6180486d43639983992bd5b3ccf0/Nota+T%C3%A9cnica+n%C2%BA+1_2011_+GGTES+Final_formatada_PDF.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 29 jan 2015.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **AA's 70th birthday in Toronto**. [S.I., 2015a?]. Disponível em: <http://www.aa.org.br/principios/os-doze-passos>. Acesso em: 29 jan 2015. Texto postado no sítio eletrônico dos Alcoólicos Anônimos.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos**. [S.I., 2015b?]. Disponível em: <http://www.aa.org/pages/en_US/aa-timeline>. Acesso em: 29 jan 2015. Texto postado no sítio eletrônico dos Alcoólicos Anônimos.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov., 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n11/02.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES, São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185. Disponível em: <www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3716>. Acesso em: 29 jan 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. **Comunidades terapêuticas**: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. 15 ago. 2003. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 29 já. 2015. Texto postado no site "Álcool e Drogas sem distorção", do Programa Álcool e Drogas – Hospital Israelita Albert Einstein.

BASAGLIA, Franca. Introdução documentária. In: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 13-98.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985a. p. 99-133.

BASAGLIA, Franco. Introdução documentária. In: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985b. p. 13-98.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de Outubro de 1971**. Dispõe sôbre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de Outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 29 de Outubro de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, set-out, 2004.

CARVALHO, Gilda. Capítulo 1 – Em nome da proteção e do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 28-31. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf >. Acesso em: 29 jan 2015.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168 (Coleção Loucura & Civilização).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília: CFP, 2011.

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. **Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf> Acesso em: 29 jan 2015. Texto postado no sítio eletrônico da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

DELILE, Jean-Michel. Les communautés thérapeutiques arrivent en Frace: pourquoi (seulement) maintenant? **Psychotropes**, v. 17, n. 3, p. 29-57, 2011. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2011-3-page-29.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

DAMAS, Fernando Baveldi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Púb. Santa Cat.**, v. 6, n. 1, p. 50-65, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/173/201>. Acesso em: 29 jan 2015.

FERNANDES, Luís. O que a droga faz à norma. **Revista Toxicodependências**, v. 15, n. 1, p. 3-18, 2009. Disponível em: <http://www.sicad.min-saude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/455/Toxico_N1_2009_1.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

FRACASSO, Laura. Comunidades terapêuticas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-69. CD-ROM.

FUSSINGER, Catherine. Eléments pour une histoire de la communauté thérapeutique dans la psychiatrie occidentale de la seconde moitié du 20e siècle. **Gesnerus**, v. 67, n. 2, p. 217-240, 2010. Disponível em: <http://www.gesnerus.ch/fileadmin/media/pdf/2010_2/217-240_Fussinger.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

KARAM, Maria Lúcia. Capítulo 2 – Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 33-51. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf >. Acesso em: 29 jan 2015.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Capítulo 3 – Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 53-60. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf >. Acesso em: 29 jan 2015.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

MACHADO, Ana Regina. **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. 152 f. Dissertação (Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y7K78/ana_regina_machado.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 jan 2015.

MARLATT, Beatriz Carlini. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-36, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a12.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

MATTOS, Virgílio de. Capítulo 5 – Criminalização: efeitos jurídicos, sociais e penais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 136-145. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Censo das comunidades terapêuticas no Brasil**. [S.I., 2015?]. Disponível em: <http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>. Acesso em: 29 jan 2015. Texto postado no sítio eletrônico da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 29 jan 2015.

OLIVEIRA, Marcus Vinícius. Capítulo 4 – População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 73-82. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/33.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

PACHECO, Alice Leonardi; SCISLESKI, Andrea. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, dez., 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a12.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania de usuários de drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 4, Brasília, dez., 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>. Acesso em: 29 jan 2015.

RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 361-368, dez., 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20727/000682035.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 jan 2015.

RAMMINGER, Tatiana. Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 27-49. (Coleção micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde). 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>. Acesso em: 29 jan 2015.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Boletim de análise político-institucional**, n. 6. Brasília: IPEA, 2014. p. 43-47. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/141117_boletim_analisepolitico_06 >. Acesso em: 29 jan 2015.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 687-698, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a11.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Dálberti Sciamana. Implicações dos modelos de dependência de álcool e outras drogas na rede básica de saúde. **Psico**, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153/6518>. Acesso em: 29 jan 2015.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007**: relatório. Brasília: SENAD, 2007. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B4426D70C-0F86-4326-8BE3-AC914AC24E28%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>. Acesso em: 29 jan 2015.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Comunidades terapêuticas**. [S.I., 2015a?] Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastro=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica>. Acesso em: 29 jan 2015.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Grupos de Mútua Ajuda**. [S.I., 2015b?] Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastro=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica>. Acesso em: 29 jan 2015.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 51-68. (Coleção micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde). 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>. Acesso em: 29 jan 2015.

SILVA, Rosimeire. Capítulo 3 – Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 60-72. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf >. Acesso em: 29 jan 2015.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Capítulo 3 – Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**: Parte I: Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos. Brasília: CFP, 2013. p. 73-82. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf >. Acesso em: 29 jan 2015.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; GORGULHO, Mônica. **Dependência**: compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 1-13.

SUISSA, Amnon Jacob. Dépendences et médicalisation: repères et enjeux psychosociaux. **Nouvelles Pratiques Sociales**, v. 19, n. 2, p. 92-110, 2007. Disponível em: <http://homeless.samhsa.gov/ResourceFiles/gbn0ew5p.pdf>. Acesso em: 29 jan 2015.

SUISSA, Amnon Jacob. Philosophie des 12 étapes des alcooliques anonymes em Amérique du Nord: aspectes critiques et psychosociaux. **Psychotropes**, v. 17, n. 3, p. 127-143, 2011. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2011-3-page-127.htm>. Acesso em: 29 jan 2015.

TINOCO, Rui. Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. **Revista Toxicodependências**, v. 12, n. 1, p. 21-30, 2006. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3112/1/Comunidades%20terapeuticas.pd>. Acesso em: 29 jan 2015.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf >. Acesso em: 29 jan 2015.