

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NAS POLÍTICAS ANTIDROGAS: MERCANTILIZAÇÃO E REMANICOMIALIZAÇÃO

## THERAPEUTIC COMMUNITIES IN ANTI-DRUG POLICIES: COMMERCIALIZATION AND REMANICOMIALIZATION

Pedro Henrique Antunes da Costa<sup>1</sup>

### Resumo

O artigo analisa como as Comunidades Terapêuticas (CTs) são retratadas nas atuais políticas brasileiras sobre drogas e o que representam. É uma pesquisa qualitativa nos seguintes documentos: nova Lei de Drogas; Decreto da nova Política Nacional sobre Drogas; e Portaria da Rede de Atenção Psicossocial. Os resultados apontam para o fomento às CTs assentado em visões moralistas e irreais sobre as drogas e na exigência da abstinência. Utiliza-se de mecanismos retóricos de desvinculação das CTs do seu próprio caráter manicomial, e sem as devidas clarificações e controle. Ademais, aponta-se para a mercantilização e a privatização do cuidado, naturalizando a complementação público-privado. A relevância das CTs se deve ao seu caráter manicomial e, sobretudo, à funcionalidade na manutenção e reprodução do capitalismo no atual estágio de desenvolvimento no Brasil, como expressão do próprio.

**Palavras-chave:** Drogas. Saúde Mental. Comunidade terapêutica. Políticas públicas. Remanicomialização

### Abstract

The article analyzes how Therapeutic Communities (CTs) are portrayed in current Brazilian drug policies and what they represent. It is a qualitative research in the following documents: new Drug Law; Decree on the new National Drug Policy; and Ordinance of the Psychosocial Care Network. The results point to the promotion of CTs based on moralistic and unrealistic views

---

<sup>1</sup> Psicólogo e doutor em psicologia. Professor do Departamento de Psicologia Clínica, da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: phantunes.costa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2404-8888>.

on drugs and the requirement of abstinence. It uses rhetorical mechanisms to untie the CTs from their asylum character, and without the necessary clarifications and control. In addition, it points to the commodification and privatization of care, naturalizing public-private complementation. The relevance of TCs is due to its asylum character and, above all, to the functionality in the maintenance and reproduction of capitalism in the current stage of development in Brazil, as its own expression.

**Keywords:** Drugs. Mental health. Therapeutic community. Public policies. Remanicomialization.

## Introdução

O presente artigo objetiva analisar como as Comunidades Terapêuticas (CTs) são retratadas (as formas que são descritas, mencionadas e caracterizadas) nas atuais políticas brasileiras sobre drogas e o que representam em termos políticos e sociais. Ademais, pelo exercício analítico destes mecanismos enquanto documentos históricos que expressam a conjuntura e o movimento do campo de álcool e outras drogas no país, visa compreender como é possível captar as motivações subjacentes que impulsionam o fomento às CTs e se materializam com a incorporação destas instituições.

Coloca-se como gênese das CTs as experiências coordenadas por Maxwell Jones nos anos 1940 na Inglaterra, alternativas ao modelo hospitalocêntrico, psiquiatrizante e manicomial hegemônico. Ao longo do século XX, especialmente nos Estados Unidos, outros movimentos com filosofias diversas se consolidam e agregam elementos para o que se desenvolve sob o termo *comunidades terapêuticas*, como: focalização na dependência de drogas, incorporação de princípios de grupos como os Alcoólicos Anônimos, filosofias religiosas/espirituais que deslocam a concepção para o âmbito da (fraqueza) moral, desvio e culpabilização dos sujeitos (DAMAS, 2013; PERRONE, 2014; FOSSI; GUARESCHI, 2015).

No Brasil, surgem na década de 1960 e se consolidam devido às lacunas assistenciais e desresponsabilizações estatais acerca do cuidado a pessoas com necessidades associadas ao consumo e/ou dependência de drogas (DAMAS, 2013; PERRONE, 2014; FOSSI; GUARESCHI, 2015). Apesar da heterogeneidade, é possível estabelecer como consensual sua natureza não-pública (com ou sem fins lucrativos), a abstinência como objetivo de

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

tratamento, a necessidade de isolamento do contexto de vida e das drogas via internação, se ancorando nos pilares: disciplina, trabalho e espiritualidade/religiosidade (IPEA, 2017)<sup>4</sup>.

No ordenamento político estatal, as CTs são citadas na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2004), com necessidade de regulamento do seu funcionamento, frisando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Depois, são mencionadas na resolução nº 3 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), como integrantes de ações para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (BRASIL, 2005). Contudo, um salto qualitativo acontece em 2010 e 2011. É publicado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, conveniando as CTs e possibilitando a contratação de leitos pelo Estado. Este plano é reformulado e vira o programa Crack, é possível vencer (PCPV). No PCPV, aparecem na prevenção, com o Curso de capacitação para CTs, e no cuidado, sob premissa de ampliação da rede assistencial e atendimento integrado (BRASIL, 2011). Oferecem acolhimento para usuários de drogas com quadro clínico estável, devendo ser referenciadas por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente os especializados em álcool e outras drogas (CAPSad). Além disso, é permitido o repasse de verbas pelo Estado, com a contratação a cargo de municípios e estados.

Em 2011 também temos a portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde as CTs passam a ser caracterizadas como instituições do nível de atenção residencial de caráter transitório, juntamente com as Unidades de Acolhimento para adultos e infanto-juvenil. São direcionadas para adultos com necessidades clínicas estáveis, num período máximo de nove meses (BRASIL, 2011).

Nesse contexto de *pânico social* forjado sobre o crack, as CTs se proliferam, encontrando terreno na ascensão conservadora e fundamentalista religiosa (MACHADO, 2011; FOSSI; GUARESCHI, 2015). Em 2015, é criada a *Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados* na Câmara dos Deputados, liderada por parlamentares vinculados a instituições religiosas e CTs, mas com a assinatura de 199 deputados de variados espectros políticos. Tal Frente foi recriada em 2019.

Ademais, o fomento no e pelo aparato estatal, vincula-se com uma ofensiva capitalista neoliberal no âmbito das políticas sociais, no caso específico, frente ao processo de Reformas Sanitária (RS) e Psiquiátrica (RP) brasileiras. Essa ofensiva representa a continuidade e

## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

intensificação das seguintes medidas: tomada do fundo público pelo capital, desmontes no Sistema Único de Saúde (SUS), cortes, subfinanciamento, mercantilização, terceirização e privatização de serviços e de sua gestão (VASCONCELOS, 2012).

Em 2015, a partir da Resolução nº 01 do CONAD, tais instituições são regulamentadas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), num movimento capitaneado por Osmar Terra, então ministro de Desenvolvimento Social do governo de Michel Temer e ex-ministro da Cidadania de Jair Bolsonaro. Já em 2019, instituiu-se uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), através do decreto 9.761/2019 (BRASIL, 2019a), e é sancionada a nova lei sobre drogas (LD), nº 13.840/2019 (BRASIL, 2019b), onde, dentre várias modificações, é dada ainda mais ênfase ao papel das CTs. Tais instrumentos materializam mudanças - ou são consonantes a elas - sinalizadas ou implementadas processualmente, como: a portaria 3.588/2017, inserindo o Hospital Psiquiátrico na RAPS; e a Nota Técnica nº 11/2019, do MS.

Atualmente, estima-se que existam mais de duas mil CTs legalizadas no país. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), identificou 1963 instituições (IPEA, 2017), número que desconsidera as em situação ilegal, clandestinas, fora de cadastros reguladores conforme normas da RDC 29/2011 da ANVISA, que substitui a 101/2001 (PERRONE, 2014; SANTOS, 2015).

Cabe ressaltar que, segundo o relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e Ministério Público Federal (MPF), mesmo as CTs legalizadas descumprem as normas da ANVISA e incorrem em uma série de violações de direitos, fomentadas por parcos ou inexistentes exercícios de fiscalização (CFP; MNPCT; MPF, 2018). De acordo com Perrone (2014, p. 578), “uma boa parte das CT no Brasil possui práticas tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares manicomialis. Sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos”.

A despeito das críticas, antes da institucionalização e sanção das novas PNAD e LD, em março de 2019, ampliou-se contratos com as CTs e o número de vagas nessas instituições, dispensando licitação. Ao todo, 496 CTs obtêm repasse de verbas somente do governo federal.

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

Considerando os dados do IPEA (2017), isso representa 25% das CTs legais no país. O montante de verbas repassadas, até agosto de 2019, era de R\$153,7 milhões no ano<sup>2</sup>.

Face o exposto, é pertinente analisarmos o que dizem tais políticas sobre as CTs, e como sua inserção e fomento nos dão pistas para compreender o momento presente, ao serem expressões deste. Ademais, podemos contribuir para clarificações acerca de como o Estado brasileiro compreende e aborda a temática das drogas, e, mais especificamente, o processo de cuidado, sinalizando limites e possibilidades.

### Método

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa, que se deu por meio da Análise de Conteúdo do tipo temática (GOMES, 2011). Os documentos do *corpus* do estudo foram: a nova LD (nº 13.840/2019), o decreto da nova PNAD (nº 9.761/2019) e a portaria da RAPS (3.088/2011).

O percurso analítico se deu da seguinte forma: (a) pré-análise, com seleção, organização e familiarização com o material a partir de leitura flutuante; (b) fase exploratória, com definição das unidades de análise (os temas, isto é, os sentidos expressos no conteúdo dos documentos) e de contexto (a conjuntura e elementos históricos das políticas sobre drogas no país), que fundamentaram o processo de categorização; e (c) a interpretação dos resultados, expandindo e significando a síntese elaborada anteriormente pela categorização.

Apesar do foco analítico nas menções às CTs, todos os documentos foram lidos na íntegra e analisados. Não seria possível apreender como estas instituições são retratadas e o papel que desempenham nas políticas, recortando-as do todo que lhes constitui (daí a importância, inclusive, do contexto, entendendo os materiais como documentos históricos e que expressam o próprio campo na realidade brasileira face à totalidade). Por isso, em alguns momentos serão trazidos trechos dos documentos e as respectivas análises sobre eles que não mencionam diretamente as CTs, mas, ao versarem sobre pressupostos, objetivos, modelos de atenção e organização das políticas, fazem com que estas não possam ser compreendidas sem que eles também não o sejam.

### Resultados

---

<sup>2</sup> <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-09/governo-quer-dobrar-vagas-em-comunidades-terapeuticas>

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

A CT é diretamente mencionada cinco vezes na PNAD, sendo duas nos objetivos como parte da rede assistencial intersetorial, possibilitando um cuidado *integral* e *holístico*, e três vezes na parte de tratamento no mesmo sentido, inclusive, com apoio e estímulo financeiro. Na LD, aparece três vezes, com uma seção específica *Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora*, que busca caracterizá-la; e uma vez na portaria da RAPS como serviço de atenção de caráter residencial. Na LD e PNAD, nenhum outro dispositivo ou instituição assistencial, mesmo público, é mencionado na mesma quantidade. Na PNAD, por exemplo, com exceção dos grupos de apoio e mútua ajuda (também não-públicos), que aparecem três vezes, os dispositivos públicos da RAPS, como os CAPS, Unidades de Acolhimento, hospitais gerais, dentre outros, aparecem apenas uma vez.

Acerca do conteúdo do material, a Tabela 2 apresenta as categorias e subcategorias decorrentes do processo analítico. Tal estruturação orientará a apresentação e descrição dos resultados.

Tabela 1: Categorias e subcategorias oriundas da análise do material

Categorias	Subcategorias
1) Política <i>Antidrogas</i>	
2) Abstinência como horizonte	
3) Humanização e <i>desmanicomialização</i> das CTs	3.a. Acolhimento 3.b. Retirada do caráter asilar 3.c. Caráter residencial transitório <i>versus</i> internação
4) Naturalização das CTs	4.a. Naturalização da complementaridade público-privado 4.b. Tratamento integral e técnico

Fonte: O autor

Para que as CTs sejam incorporadas pelas políticas na área, é necessário que seus princípios orientem tais políticas; ou seja, que haja uma consensualidade entre as políticas e as CTs acerca dos pressupostos e formas de se compreender as drogas e a oferta de cuidado. Sendo assim, é preciso que a exigência da abstinência impere. Isso, por sua vez, requer que a racionalidade do cuidado focalize nas drogas, compreendidas de maneira negativa, como *males-em-si*. Tal lógica pode ser vista já nos dois primeiros pressupostos e objetivos da PNAD: “2.1. Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas”; e “3.1. Conscientizar e proteger a sociedade brasileira dos prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública representados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas” (BRASIL, 2019a).

Assim, a despeito dos títulos, as recentes políticas (LD e PNAD) são *antidrogas*. Inclusive, temos um paradoxo, pois tais instrumentos orientam e normatizam ações na área a partir da abstinência e a portaria 3.088/2011 tem como diretriz da RAPS “o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos” (BRASIL, 2011).

Observamos uma concatenação lógica: se as drogas (sem que se clarifique o que seriam) são nocivas em si, qualquer relação com elas é automaticamente danosa, logo, a abstinência (não consumir) aparece como único horizonte desejável. Dessa forma, a RD não é apenas desencorajada, mas deixa de fazer sentido, visto que, para ela, o *problema* não reside na droga e o foco está nos sujeitos, suas relações com as substâncias e contextos de vida. A RD pressupõe que nem todo consumo de substâncias é negativo e que a abstinência não pode ser considerada, a priori, como desfecho único, possível e desejado para todos os casos. Tanto que na LD, a RD aparece somente duas vezes e, na PNAD, uma, genericamente como “redução dos riscos e danos sociais” (BRASIL, 2019a). Já a abstinência é colocada como fundamento do cuidado, aparecendo uma vez na LD, relacionada à caracterização do acolhimento e tratamento nas CTs, e nove na PNAD. Contudo, mesmo que não seja mencionada diretamente, as pressuposições e fundamentações para a imposição da abstinência como condição e objetivo de tratamento estão colocadas desde a concepção das drogas como males em si, fazendo que a abstinência seja o horizonte de cuidado (assim como o combate e repressão no âmbito da segurança pública).

Um primeiro passo para se justificar a CT nas políticas é a exigência de abstinência, baseada na compreensão das drogas como males-em-si. Outro diz respeito à tentativa de *humanização e desmanicomialização* desta instituição. Ao longo do material, tal estratégia é observada na escolha pelos termos que caracterizariam a CT: substitui-se internação, isolamento, modelo asilar, por caráter e ambiente residencial e a repetição do acolhimento enquanto prática e balizador delas, de modo a serem denominadas *Comunidades Terapêuticas Acolhedoras* (BRASIL, 2019b).

Tal processo também pode ser visto quando, na LD, veda-se qualquer tipo de internação nestas instituições (devendo ser feitas em unidades de saúde e hospitais gerais) ou é explicitado que as pessoas atendidas por elas devem ser de quadro clínico estável, sendo encaminhados à rede de saúde quando necessitarem de “atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência”

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

(BRASIL, 2019b). Nesse movimento, geram dúvidas - sem saná-las - acerca da natureza desta instituição: É da saúde? Assistência social? Ora, a CT não faz parte da RAPS e, portanto, seria integrante da rede de saúde?

Na PNAD, coloca-se o estímulo e apoio financeiro à estruturação física e funcional destas instituições, sendo que estes componentes estruturais e da dinâmica de funcionamento e processo de trabalho aparecem de maneira genérica e insuficiente na LD. Não existem especificações técnicas, critérios, composição da equipe etc., apenas menções ao acolhimento e um “ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social” (BRASIL, 2019b). Apesar da caracterização como serviço residencial de caráter transitório na RAPS, falta, inclusive, clareza conceitual acerca do que seria CT.

Ademais, nem na PNAD, nem na LD são mencionados mecanismos de fiscalização ou avaliação destas instituições, muito menos de prestação de contas das verbas estatais, o que contribuiria concretamente para essa *humanização* das CTs que tanto dizem. Em suma, temos o cancelamento e financiamento estatal de instituições e práticas que não se conhece como deveria, e, ao mesmo tempo, não se pretende conhecer. Tais ausências e insuficiências são incompatíveis, sobretudo, com uma lei e seu caráter normatizante; ou seja, normatiza-se a ausência ou insuficiência de parâmetros normativos, controla-se pela falta de mecanismo de controle.

Todos estes fatores constroem uma narrativa de justificação e naturalização das CTs nos referidos documentos. Contudo, não justificam a inserção de uma instituição de natureza não-pública nas políticas públicas. Para isso, são necessários outros dois processos de naturalização subjacentes: (a) a complementaridade público-privado; e (b) essa complementaridade como *condição* para o tratamento integral e técnico.

Acerca do primeiro, observamos na PNAD e LD que menções ao âmbito ou dispositivos públicos são sempre sucedidas pela citação do(s) privado(s), de modo a *naturalizar* essa relação de complementaridade pela repetição. Na PNAD, por exemplo, isso ocorreu todas as 19 vezes em que a esfera privada foi citada.

Essa naturalização pela repetição camufla que se trata de um projeto econômico-político, uma relação Estado-iniciativa privada que não são naturais e que, ao se voltar para a incorporação do mercado, passa a tratar do cuidado ao usuário de drogas (e o próprio) como



## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

mercadorias, regidos pela lógica mercantil, de lucratividade, ou que devem ser relegados à filantropia (no caso das instituições sem fins lucrativos). Nisso, o papel do Estado é apenas financeiro, por meio de repasse, ou como o *complemento*, através dos dispositivos e iniciativas públicas.

Por fim, a naturalização da complementaridade entre público-privado se associa à noção de qualidade no tratamento, sem que também se especifique como. Tal relação vem frequentemente associada a menções de assistência holística, transversal, à materialização da integralidade, dentre outros termos. Ou seja, é somente pela complementação público-privado que se atingiria o cuidado integral. Tal lógica, inclusive, vai além das CTs, agregando planos de saúde privados, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar: “[p]ropor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado” (BRASIL, 2019a).

Assim, são postas as justificativas para a naturalização e centralidade das CTs nas políticas sobre drogas. A partir delas, e do papel de destaque que as CTs cumprem, observamos a mercantilização e privatização do cuidado a usuários de drogas, sob véus contraditórios do cuidado acolhedor sem as clarificações e controle necessários, assentado em visões moralistas e irreais sobre as drogas.

### **Discussão**

Almejando dar maior sentido aos achados, faremos uma articulação entre eles, a literatura acadêmica sobre as CTs e dados conjunturais, possibilitando a tratativa das políticas como documentos históricos, expressando as particularidades de uma área intrincada e seu processo em meio à totalidade. Sendo assim, pistas importantes para compreender o porquê do fomento às CTs e o que representam nas políticas encontram-se nos próprios pilares constitutivos destas instituições (trabalho, disciplina e religiosidade/espiritualidade) e suas adequações e funcionalidades à ordem na atualidade. Referente à espiritualidade/religiosidade, segundo levantamento do IPEA (2017), 82% das CTs possuía vinculação religiosa, sobretudo com instituições evangélicas e católicas. Assim, o processo de expansão das CTs, inserção e centralidade nas políticas sobre drogas não pode ser dissociado do crescimento do mercado - e fundamentalismo - religioso, suas disputas e objetivos, bem como sua relevância política

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

(MACHADO, 2011). Contudo, o financiamento estatal nos casos de vinculação religiosa fere o princípio constitucional de laicidade.

Sobre o trabalho, denominado de *laborterapia*, ressalta-se a necessidade de ser entendido como trabalho não pago, a partir do momento em que o fruto dele não volta ao trabalhador na forma de salário. Para piorar, segundo o relatório do CFP, MNPCT e MPF (2018, p. 16), a *laborterapia* “encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão”, bem como “busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista”. Segundo Machado (2011, p. 49), em contraposição ao discurso de ressocializar os internos, “o trabalho institucional significa principalmente um meio de subsistência da comunidade terapêutica”.

Portanto, é uma estratégia de exploração dos *internos*; trabalho servil. O dependente de drogas, etiquetado como doente (e dada a dimensão religiosa-moral, também como pecador, moralmente fraco etc.), não deixa de ser trabalhador; pelo contrário, a partir de sua condição singular é transformado num trabalhador ainda mais explorado: o que ele produz não volta para ele sob a forma de salário. Ademais, é oprimido: pela moralização e pecha de *doente* e, sobretudo, pela instituição e o Estado - ao terceirizar tal *modus operandi* às CTs. De acordo com Onishi (2018, p. 78), trata-se de instituições, cuja lógica e técnicas, junto à “experiência existencial que o indivíduo possui, é capaz de produzir determinados projetos de sujeitos religiosos, individualizados, produtivos e dóceis”.

Na atual conjuntura, de intensificação de uma crise com quedas nos índices de crescimento econômico e das taxas de lucros, ao mesmo tempo em que se intensifica o antagonismo social e a concentração de riqueza, tal lógica mostra-se ainda mais interessante. Não por acaso, é encontrada em outros âmbitos, como o carcerário e o trabalho dos também *internos*, nas medidas socioeducativas, dentre outros. Assim, as CTs, ao mesmo tempo que contribuem para a *recuperação e reinserção* no modo de produção capitalista, transformando sujeitos improdutivos em produtivos e aptos a consumir (FOSSI; GUARESCHI, 2015), também adentram numa dinâmica de ganho-ganho, mesmo num cenário de *crise e perdas*: pela verba direta do Estado, doações ou pagamentos de pessoas com condições econômicas para financiar seus tratamentos, mas, também, pela produção oriunda do trabalho de seus *internos*, camuflada pela lógica da filantropia ou de que tal prática teria finalidade terapêutica.

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

Tal discussão nos remete a Melossi e Pavarini (2010), desnudando os imbricamentos e funcionalidades mútuas entre os sistemas de punição e produção, onde temos não apenas a fábrica construída como cárcere e o cárcere como fábrica, mas também as instituições de *saúde* ou *cuidado*. Fossi e Guareschi (2015, p. 104) apontam que, apesar de não serem, especificamente, cadeias, nem igrejas ou hospitais psiquiátricos, as CTs têm sua especificidade, justamente, na “articulação do funcionamento destas três instituições”. Acrescemos a estas o funcionamento de fábricas, também, devido aos pilares do trabalho e disciplina/rigidez.

Basaglia (1979) já dizia da construção do hospício para controlar e reprimir aqueles trabalhadores que não respondiam aos interesses capitalistas de produção. Foucault (2017), demonstrou como que, na sociedade moderna, a relação normal-patológico e a noção de normalidade concernente à saúde mental, se imbricam com a noção de normalidade produtiva.

Tais instituições, reforçadas por algumas das racionalidades que lhe sustentam e ferramentas provenientes (psiquiatria, discurso moral-religioso etc.), cumprem o papel de tranquilizarem, garantirem a segurança e estabelecerem a ordem, por meio da coerção e controle. Tranquilidade proveniente do asilamento de sujeitos concebidos como doentes, incontroláveis e/ou perigosos. Em suma, que *desviam*, *questionam* e desnaturalizam, por meio de suas próprias existências e/ou ações a ordem social, mas, também, por meio da comparação e contraste: sendo o dito *drogado* aquele que está na CT, já que não estou lá, *drogado* não sou, estando a salvo em minha normalidade. Em prol da segurança e da ordem (para uns), aprisionamento (para outros).

Entendemos que as CTs, a despeito das suas origens e diferenças com o que historicamente denominou-se de manicômio, representam uma continuidade dessa lógica, pautada na institucionalização e asilamento, afeita à dinâmica do atual estágio de desenvolvimento capitalista no mundo e com as particularidades brasileiras. Por isso, as críticas feitas aos manicômios podem ser estendidas às CTs (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Mesmo com as tentativas discursivas de desmanicomialização e humanização das CTs, o isolamento social e o asilamento continuam como seus elementos constitutivos; ou seja, compartilham destas premissas manicomialiais. Mesmo que *vedada* pela LD a internação e/ou o isolamento nas CTs, a prática de tratar alguém nestas instituições retirando-o de seu contexto de vida, ancorada nos pilares da disciplina, trabalho e religiosidade, caracterizam a internação e asilamento, sendo mais propício a práticas violadoras de direitos, conforme a própria realidade mostra (CFP; MNPCT; MPF, 2018). Ou seja, não existe CT sem internação e segregação/asilamento, seja ela

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

*acolhedora* ou não. Inclusive, é por isso que, com a RP, a internação passa a ser orientada em hospitais gerais, de curto a curtíssimo prazo. A isso, soma-se a proliferação destas instituições sem o devido controle e fiscalização estatal, e temos uma realidade onde também não se pode falar em violações pontuais, casos isolados.

Cabe ressaltar que a inserção e fomento às CTs nas políticas vai de encontro com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), que indica a oferta de cuidado integral e integrado entre serviços de saúde mental e assistência social, numa perspectiva comunitária e territorializada, mas cujo *comunitária* remete ao cuidado em liberdade, no seu próprio contexto de vida, remetendo ao investimento em dispositivos como os CAPS, fortalecimento das articulações com a atenção básica, dentre outros. Também vai na contramão de evidências e movimento de consolidação da RD internacionalmente (GOMES; DALLA VECCHIA, 2018), ao se ancorarem em visões moralistas e irrealistas de uma sociedade sem drogas.

Dessa forma, a frase de Basaglia pode ser reformulada, dada a realidade presente do Brasil: O hospício e *as CTs*, tal como se constituem, servem para controlar, reprimir e explorar ao máximo os trabalhadores que perderam a capacidade de responder à normalidade dos interesses capitalistas de produção. A despeito dos ditos benefícios e resultados positivos que podem propiciar (RIBEIRO; MINAYO, 2015; SANTOS, 2015), o que a realidade concreta nos apresenta, em larga escala, é que o que se tornou CT contradiz as suas origens.

Portanto, o referido exercício de humanização destas instituições, presente nas atuais políticas antidrogas, é retórico, como forma de substanciar sua permissibilidade e naturalizá-las. Nisso, contradiz a própria realidade e suas demonstrações de contínuas violações de direitos humanos destas instituições (CFP; MNPCT; MPF, 2018) e que não vêm acompanhadas de esforços mais robustos de fiscalização e modificações substanciais nas próprias políticas acerca dos parques, insuficientes e, mesmo assim, não respeitados mecanismos de controle, avaliação e fiscalização (PERRONE, 2014; SANTOS, 2015). Pelo contrário, a ação do Estado é a de chancelar ainda mais tal cenário violentador, com o repasse crescente de verbas.

Conforme supracitado, a proliferação das CTs e sua relevância se deu, também, devido às lacunas assistenciais e desresponsabilizações assistenciais do Estado sobre o tema (DAMAS, 2013; PERRONE, 2014). Mesmo com as políticas sobre drogas e da saúde mental circunscritas à RP brasileira, tais insuficiências ainda permaneceram, sobretudo, no que diz respeito ao cuidado àqueles com necessidades associadas ao consumo ou dependência de drogas (MACHADO, 2011; SANTOS, 2013). No nível assistencial que as CTs se inserem na RAPS

## Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização

(residencial de caráter transitório), tínhamos no país apenas 29 UAAs e 22 UAIs habilitadas e em funcionamento e mais 9 UAAs e 10 UAIs não habilitadas, mas em funcionamento, segundo dados de 2017. Sobre a internação em curto ou curtíssimo prazo, somente 221 hospitais com leitos em saúde mental, totalizando 1.820 leitos, estariam habilitados e em funcionamento. Mesmo no caso dos CAPS, a despeito da expansão, apenas 406 eram CAPSad, sendo que, destes, só 90 eram 24h, e estavam concentrados nas regiões Sul e Sudeste<sup>3</sup>. Entretanto, a inserção e o dispêndio de verba pública para as CTs não só contribuem para a manutenção dessas lacunas e o histórico de desresponsabilização assistencial do Estado, como os intensifica e corrobora a deslegitimação dos dispositivos públicos, aguçada pelo subfinanciamento e sucateamento.

Inclusive, tal endosso às CTs como forma *automática* de suprir lacunas assistenciais, sem questionar os porquês desse cenário e como o fomento a estas instituições o corrobora e intensifica, naturalizando a complementaridade com os dispositivos públicos, também é visto em produções acadêmicas sobre estas instituições (p. ex.: DAMAS, 2013; SCHLEMPER JÚNIOR, 2018). É falaciosa a assertiva de que a complexidade da temática, o número de dependentes e a insuficiência de dispositivos públicos, sobretudo para os casos que necessitam de algum tipo de internação, “exige[m] a participação complementar de instituições privadas sem fins lucrativos, como as comunidades terapêuticas” (SCHLEMPER JÚNIOR, 2018, p. 47). Arelado aos pontos apresentados anteriormente, tal cenário não poderia ou deveria *exigir* do Estado um papel de maior responsabilização? Um maior fomento às Unidades de Acolhimento, dispêndios orçamentários para a implementação de leitos em hospital geral e outros dispositivos públicos da RAPS? Ou, mesmo, a criação de outros dispositivos? Com isso, não se trata de negar as CTs, desconsiderá-las ou somente criticá-las, mas compreender tais movimentos como escolhas políticas, logo, não naturais, entendendo-as, juntamente com seu movimento, como expressões da realidade e seu processo, o que nos permite ir além do que se aparenta na superfície.

Desse modo, salienta-se a complexidade e o cenário multifacetado que perpassam as CTs, com a relevância da dimensão econômica na modificação dessas políticas, e o próprio papel do Estado na sociabilidade em que vivemos, o que pode passar despercebido e/ou

---

<sup>3</sup> Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acessado em 10 de julho de 2019. Ressaltamos que os dados sobre saúde mental foram retirados do site em 2020.

## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

desconsiderado em análises sobre as políticas que as deslocam da conjuntura e do contexto histórico. Apesar de, na aparência, não aparecerem tão claramente no *papel*, tal histórico e conjuntura estão presentes *nele, por trás dele, são ele*. Nesse sentido, é bastante ilustrativo o movimento de aumentar o repasse de verbas para estas instituições, tal como mencionado na introdução, num momento de suposta austeridade, de cortes e contingenciamentos. Tudo isso nos aponta a necessidade de análises que considerem a economia política, o que não significa incorrer num determinismo causal, afinal estamos falando de políticas que se assentam em uma determinada base social e suas múltiplas mediações. Outro aspecto diz respeito à própria natureza do Estado e, conseqüentemente, das políticas públicas na manutenção da ordem da qual são frutos, a despeito das contradições que os permeiam, da capacidade de as maiorias populares e exploradas provocarem tensionamentos e arrancarem deles conquistas.

Conforme discutido, a centralidade das CTs nas atuais políticas *antidrogas* se deve ao seu caráter manicomial e mercantil e como ela é funcional à manutenção e reprodução da sociabilidade capitalista, em seu atual estágio de desenvolvimento no Brasil, ao ser expressão da própria. Portanto, uma pergunta recorrente na literatura, se as CTs estão na *mão ou contramão da RP* (SILVA, 2013; PERRONE, 2014), não pode ser respondida somente pela análise da presença ou ausência de *ações* manicomiais. Se se considera que a RP evoca a concepção de saúde como dever do Estado, um direito e não uma mercadoria ou caridade, a inserção destas instituições e o seu fomento pelas políticas da área configuram-se como retrocessos: estão, sim, na contramão.

Portanto, podemos observar que a área de álcool e outras drogas expressa em suas particularidades a própria totalidade social e a dinâmica brasileira. Deixa de ser apenas atravessada, mas possibilita uma pertinente amarração entre as esferas produtiva e reprodutiva, entre a economia, a política e a dimensão valorativa, especialmente, a moral-religiosa. Em suma, a ofensiva do capital e a ascensão conservadora, de modo que não podem ser pensadas dissociadas entre si e do movimento da totalidade, que as tem enquanto expressões.

### **Considerações finais**

Demonstramos que o processo de inserção e centralidade das CTs nas atuais políticas antidrogas e seu financiamento pelo Estado deve ser entendido num movimento que remete à totalidade social, ao atual estágio de desenvolvimento do capitalismo e particularidades

## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

brasileiras. O fomento a estas instituições pelo Estado é orientado por variadas motivações, cumprindo diversas funcionalidades: econômicas, políticas, morais-religiosas, que devem ser analisadas na concretude histórica.

Na análise das políticas, constatamos que a incorporação e o fomento às CTs nas políticas da área expressam retrocessos frente à RP brasileira, e sua negação, vinculados à mercantilização e privatização do cuidado a usuários de drogas, como acontece nas políticas sociais em geral. Para isso, se ancoram nas tradicionais visões moralistas e irrealistas sobre as drogas e na exigência da abstinência, utilizando-se de mecanismos retóricos de desvinculação das CTs do legado manicomial que, apesar de suas origens e possibilidades, dão continuidade, e da naturalização da complementaridade entre público-privado.

Finalizando, o processo analítico e a discussão realizados, nos levam às seguintes indagações (retóricas): sob um suposto véu de tratamento das pessoas com problemas associados ao consumo de drogas, não se objetiva a reatualização do mercado da loucura (bem como a reabertura de frentes na mercantilização da *doença*)? O horizonte das CTs não seria o de produzir sujeitos ainda mais explorados, docilizados e conformados, que operam a partir de sua lógica e visão mundo? O tratamento nestas instituições e suas lógicas não seriam meios e engendramentos para a perpetuação de seu projeto político de ser humano e sociedade? Este não seria confluyente com o do Estado, enquanto forma política da sociabilidade capitalista?

### **Referências**

BASAGLIA, F. **A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BRASIL. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2005.

BRASIL. **Crack, é Possível Vencer?** Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasil: Presidência da República, 2011.

## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019a.

BRASIL. **Lei 13.840, de 05 de junho de 2019**. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Mecanismo Nacional de Prevenção e combate à tortura. Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP; MNPCT; MPF, 2018.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.** v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa In: MIMNAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 67-80.

GOMES, T. B.; DALLA VECCHIA, M. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Cien Saude Colet.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-38, 2018.



## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** Brasília: IPEA, 2017.

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

MELOSSI, D.; PAVARINI, M. **Cárcere e Fábrica: As Origens do Sistema Penitenciário (Século XVI-XIX).** Rio de Janeiro: Editora Revan, 2010.

ONISHI, L. A. **Poder disciplinar e o cuidado de si nas comunidades terapêuticas: a formação de projetos de sujeito em usuárias de substâncias psicoativas.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade de Vale do Itajaí, Itajaí, 2018.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-26, 2015.

SANTOS, D. S. S. **Comunidades Terapêuticas em Santo Antônio de Jesus.** Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Nacional) - Universidade Federal do Recôncavo, Cruz das Almas, 2015.

SCHLEMPER JÚNIOR, B. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 47-57.

## **Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização**

SILVA, M. A. R. **Comunidade terapêutica**: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica? Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 8-21, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.