

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

LEANDRO DOMINGUEZ BARRETTO

CLÍNICA MORAL, OBEDIÊNCIA E SALVAÇÃO:

Uma cartografia da assistência ofertada pelas Comunidades
Terapêuticas no Brasil às pessoas que usam drogas.

RIO DE JANEIRO

2022

Leandro Dominguez Barretto

CLÍNICA MORAL, OBEDIÊNCIA E SALVAÇÃO:
Uma cartografia da assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil
às pessoas que usam drogas.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicossociologia.

Orientador: Emerson Elias Merhy

Co-orientador: Helvo Slomp Junior

Rio de Janeiro

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

B274c Barretto, Leandro Dominguez
Clínica Moral, Obediência e Salvação: uma cartografia da assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil às pessoas que usam drogas. / Leandro Dominguez Barretto. -- Rio de Janeiro, 2022.
155 f.

Orientador: Emerson Elias Merhy.
Coorientador: Helvo Slomp Junior.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2022.

1. Comunidade Terapêutica. 2. Saúde Mental. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Drogas. I. Merhy, Emerson Elias , orient. II. Slomp Junior, Helvo , coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

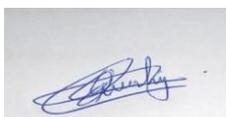
FOLHA DE APROVAÇÃO

Leandro Dominguez Barretto

CLÍNICA MORAL, OBEDIÊNCIA E SALVAÇÃO: uma cartografia da assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil às pessoas que usam drogas.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicossociologia..

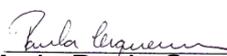
Aprovada em 06 de outubro de 2022.



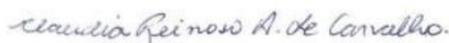
Prof. Emerson Elias Merhy - Orientador
(Doutor, Universidade Federal do Rio de Janeiro)



Prof. Helvo Slomp Junior – Co-Orientador
(Doutor, Universidade Federal do Rio de Janeiro)



Prof. Maria Paula Cerqueira Gomes
(Doutora, Universidade Federal do Rio de Janeiro)



Prof. Claudia Reinoso Araújo de Carvalho
(Doutora, Universidade Federal do Rio de Janeiro)



Prof. Claudia Aparecida Amorim Tallenberg
(Doutora, Universidade Estadual do Rio de Janeiro)



Prof. Ricardo Luiz Narciso Moebus
(Doutor, Universidade Federal de Ouro Preto)

RIO DE JANEIRO
2022

DEDICATÓRIA

Aos usuários e trabalhadores do CAPSad “Gregório de Matos”, pela dor e a delícia dos últimos anos, que me trouxeram até aqui.

RESUMO

BARRETTO, Leandro Dominguez. **Clínica Moral, Obediência e Salvação**: uma cartografia da assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil às pessoas que usam drogas. Rio de Janeiro, 2022. Tese (Doutorado em Psicossociologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) para pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas tiveram marcante expansão no Brasil, nos últimos 20 anos. No entanto, violações de direitos são registradas nestes serviços, apontando contradições com o modelo assistencial instituído a partir de 2001. A experiência do autor, no cuidado à pessoas que usam drogas, também aponta para contradições na presença destes serviços na Rede de Atenção, com relatos de busca pela assistência destes serviços, ao mesmo tempo em que registram abusos e práticas produtoras de dependência. Com o objetivo de analisar a assistência ofertada pelas CTs, descrevendo as características do seu modelo e situando estes serviços no contexto da atenção psicossocial brasileira, bem como buscando compreender o que se produz (ou se espera produzir) com o cuidado ofertado por estes serviços, desenvolvemos uma pesquisa Cartográfica a partir da inserção profissional do autor em um CAPSad docente-assistencial. Foi realizada uma revisão de escopo enquanto fase exploratória da pesquisa, acompanhamento de usuários-guia do CAPSad que frequentaram CTs e uma análise cartográfica a partir do diálogo com autores de referência e outros pesquisadores do campo. Identificamos que o modelo de cuidado das CTs é operado a partir de uma Clínica da base Moral, que tem na produção da Obediência um importante critério de cura e Salvação.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

BARRETTO, Leandro Dominguez. **Clínica Moral, Obediência e Salvação**: uma cartografia da assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil às pessoas que usam drogas. Rio de Janeiro, 2022. Tese (Doutorado em Psicossociologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Therapeutic Communities (TCs) for people with problems in the use of alcohol and other drugs have had a remarkable expansion in Brazil in the last 20 years. However, violations of rights are recorded in these services, pointing to contradictions with the care model established since 2001. The author's experience in caring for people who use drugs also points to contradictions in the presence of these Serbs in the Care Network, with reports of seeking assistance from these services, while recording abuses and practices that produce dependence. With the objective of analyzing the assistance offered by the TCs, describing the characteristics of their model and placing these services in the context of Brazilian psychosocial care, as well as seeking to understand what is produced (or is expected to produce) with the care offered by these services, We developed a Cartographic research from the professional insertion of the author in a teaching-assistance CAPSad. A scope review was carried out as an exploratory phase of the research, monitoring of CAPSad guide users who attended TCs and a cartographic analysis based on the dialogue with reference authors and other researchers in the field. Identified that the TCs care model is operated from a Moral base clinic, which has in the production of Obedience an important criterion for healing and Salvation.

Keywords: Therapeutic Community; Mental Health; Substance-Related Disorders; Health Policy; Drugs.

À cidade da Bahia

Triste Bahia! ó quão dessemelhante
Estás e estou do nosso antigo estado!
Pobre te vejo a ti, tu a mi empenhado,
Rica te vi eu já, tu a mi abundante

A ti trocou-te a máquina mercante,
Que em tua larga barra tem entrado,
A mim foi-me trocando, e tem trocado
Tanto negócio e tanto negociante

Deste em dar tanto açúcar excelente
Pelas drogas inúteis, que abelhuda
Simples aceitas do sagaz Brichote

Oh se quisera Deus que de repente
Um dia amanheceras tão sisuda
Que fora de algodão o teu capote!

Gregório de Matos Guerra (1636-1696)

“Numa suave região cortada por rios límpidos, de céu sempre azul, terras férteis, florestas de árvores frondosas, a cidade parecia ser a imagem do Paraíso. Era, no entanto, onde os demônios aliciavam almas para povoarem o Inferno.”

Ana Miranda – *Boca do Inferno* (2003)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
A Pesquisa da DSD/SSRC.....	12
Meu encontro com as CTs	13
Sobre a Tese.....	16
Bibliografia da Introdução	19
CAPÍTULO I - EXPLORANDO O TEMA: UMA PESQUISA BIBLIOGRAFICA.....	20
Introdução	20
Metodologia	21
Resultados e Discussão.....	23
Características gerais das CTs.....	29
Tratamento Moral	32
Regime Disciplinar	35
CTs e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)	38
Fiscalização e Adequação	40
Resultados do Tratamento	42
Considerações finais sobre a revisão na literatura	45
Bibliografia do Capítulo I	48
CAPÍTULO II- USUÁRIOS-CIDADÃOS COMO GUIAS PELAS CTs	53
Caminhos percorridos na pesquisa	55
Usuários-Guia	57
Motivações para a internação.....	61
Tratamento de conversão	63
“Me senti maltratada”	66
Conexões Existenciais.....	69
Abstinência: Estratégia x Política.....	72
Relação CAPSad – CT	74
Considerações finais sobre a pesquisa com usuários-guia	76
Bibliografia do Capítulo II	79
CAPÍTULO III- CARTOGRAFANDO AFETOS PELAS TRILHAS E ENCONTROS DA PESQUISA	83
As CTs e a Política Pública.....	85
Tratamento Moral e sua Clínica	94
Cuidado Pastoral: Obediência e Salvação	103
Um modelo assistencial que maltrata (ou Um Projeto Colonial).....	112
“As CTs entregam o prometem”	121
De volta ao CAPSad.....	128
Bibliografia do Capítulo III	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
BIBLIOGRAFIA GERAL.....	148

INTRODUÇÃO

Em março de 2019 iniciei o curso de Doutorado no EICOS, tendo sido selecionado com um projeto de pesquisa intitulado “Toda Vida vale a pena! Cuidado e Formação em Saúde como atos de Resistência”, construído a partir de minhas vivências nos últimos anos em um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com problemas com álcool e outras drogas (CAPSad) vinculado à Universidade Federal da Bahia, onde eu atuei como médico clínico, coordenador geral e docente. Um cotidiano marcado pela “dor e a delícia”¹ – com frequência, mais dor do que delícia – lidando com vidas em contexto de muita carência, precariedade e exclusão, sentindo o grande desafio, enquanto profissional de saúde, de acolher o sofrimento marcado – e muitas vezes manifestado – pela violência. O desafio de cuidar dos indesejáveis.

No turbilhão de afetos e mobilizações desta experiência, pensava em diferentes caminhos de investigação, mas sem conseguir definir um recorte específico. Em meu primeiro ano de doutorado, não consegui fazer nada além de acompanhar as aulas e fechar meu ciclo de atuação no CAPSad, encerrado em fevereiro de 2020, com minha licença da UFBA para concluir a pós-graduação. Neste período, tive contato com o edital do Programa “Drogas, Segurança e Democracia” da *Social Science Research Council* (DSD/SSRC), ofertando financiamento para o desenvolvimento de pesquisas sobre Comunidades Terapêuticas no Brasil e posterior publicação temática². A bolsa seria muitíssimo bem vinda naquele momento. A perspectiva de uma publicação temática, em organismo internacional, também parecia bem interessante. Seria minha primeira experiência como pesquisador neste nível, responsável pela submissão de um projeto de pesquisa em um edital de abrangência nacional. O tema fazia parte do meu cotidiano. No entanto, tinha dúvidas se desejava transformar minha pesquisa de doutorado em uma investigação sobre CTs. Além de imaginar que isso poderia me afastar de outras questões mobilizadoras – mais voltadas para o cotidiano do CAPSad e do cuidado em rede – pensava que poderia ser também um estudo entediante. As CTs não me mobilizavam. Em parte, confesso, por desconhecimento. Acabei me decidindo após

¹ “Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é...”. Caetano Veloso – Dom de iludir.

² Para mais informações ver: <https://www.ssrc.org/fellowships/view/call-for-papers-dsd-working-paper-series/>

conversa com meu orientador. Ele gostou da ideia. Lembrou a importância do tema, especialmente para nosso contexto atual. De fato, para vários lados onde eu olhava – de notícias nas redes sociais a conversas com pessoas – as CTs surgiam, transitando entre denúncias contras as mesmas aos convênios e regulamentações pelo atual Governo Federal. Havia muito material de consulta disponível e muita experiência vivenciada através do trabalho no CAPSad. Decidi concorrer ao edital e iniciar uma caminhada de estudos sobre CTs.

Docente da Faculdade de Medicina da UFBA (FMB-UFBA) desde 2010, vinha atuando no ensino e na extensão à partir de serviços de Atenção Básica à Saúde, enquanto médico generalista. Em 2014, mudo meu campo de prática no ensino, para atuar como médico clínico docente-assistencial em um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com problemas com uso de álcool e outras drogas (CAPSad), projeto de extensão da FMB-UFBA. O CAPSad “Gregório de Matos”, localizado no Centro Histórico de Salvador, no bairro do Pelourinho, é um serviço docente-assistencial vinculado ao Programa de Extensão Permanente – Aliança de Redução de Danos “Fátima Cavalcanti” (ARD-FC), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA), desenvolvido desde 2012 através de financiamento da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com o objetivo de “Formar e Capacitar profissionais para atuação na Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Bahia, bem como apoiar municípios baianos na organização de redes de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, a partir do desenvolvimento de ações docente-assistenciais” (BAHIA-UFBA, 2017). A experiência no “Gregório de Matos” é fundamental para a construção deste trabalho, e marca intensamente minha experiência na vida e no cuidado. Um Gregório marcante, provocador, ousado e insubmisso como o Poeta, habitando as mesmas ruas, séculos depois.

A atuação universitária em torno do tema do Uso de Substâncias Psicoativas, tanto no CAPSad como em outros projetos vinculados à ARD-FC, me levaram também para a atuação na formulação de políticas para este campo, como representante da UFBA no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado da Bahia (CEPAD/BA), constituindo-se como outro espaço de experiência para esta pesquisa. O CEPAD/BA, vinculado à Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Estado, possuía uma pauta muito ligada à

fiscalização de Comunidades Terapêuticas do estado, à época em que atuei como conselheiro, entre os anos de 2017 e 2019. O Conselho desenvolveu um sistema de certificação de Comunidades Terapêuticas baseado em um instrumento com amplas referências normativas (BAHIA-CEPAD, 2017), baseado na RDC Nº 29/2011/ANVISA, nas portarias Nº 3.088 de 2011, 131 de 2012 e 856 de 2012, todas do Ministério da Saúde (MS), bem como na lei federal 10.216 de 2001, sendo aplicado pelas/os próprias/os Conselheiras/os em visitas às CT's que fazem esta demanda. A certificação é uma exigência obrigatória para receber recursos do Governo Estadual. O Sistema Bahia Viva do Governo do Estado realizou chamamento público em 2017 para financiamento de 12 Comunidades Terapêuticas no estado.

A partir destes espaços – CAPSad e CEPAD/BA – manteve contato próximo com a atuação de Comunidades Terapêuticas no estado ao longo destes anos, seja através dos fluxos assistenciais desenvolvidos no cotidiano do cuidado em saúde, seja na discussão sobre a formulação de políticas de habilitação, financiamento e inspeção das mesmas.

A Pesquisa da DSD/SSRC

Submeti a proposta de pesquisa em março de 2020, com previsão do resultado da seleção em junho. No entanto, não poderia ficar esperando o resultado para iniciar a pesquisa, e tampouco fazia sentido começar a investigar outro tema. Logo, “não tinha para onde correr”, meu tema de pesquisa seria CT, com ou sem bolsa. Em abril – início da pandemia de COVID-19, com afastamento social decretado em todo o país, mas acreditando que tudo terminaria antes do próximo São João! – submeti o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFBA. Em maio iniciei a etapa exploratória da pesquisa, com uma revisão bibliográfica sobre Comunidades Terapêuticas no Brasil, descrita mais adiante. Este deveria ter sido o primeiro artigo concluído, mas em junho, após finalizar a análise e sistematização dos artigos pesquisados, me preparando para começar a escrita, recebi a notícia da aprovação do projeto pela DSD/SSRC, que me deu um bom estímulo para seguir com o tema.

O cronograma da pesquisa previa 5 meses de trabalho, finalizando em novembro de 2020, com atividade mensais, contemplando envio do material produzido e reuniões

com os editores da série. Em outubro realizamos uma oficina em plataforma digital – pois o COVID-19 não permitiu encontro presencial – com debates entre autoras e autores das 08 pesquisas selecionadas. A pandemia atrasou o cronograma geral e a finalização dos artigos deu-se somente em janeiro de 2021. A publicação final saiu em junho de 2021, com o conjunto de pesquisas realizadas (FIORE; RUI, 2021), um material bem interessante sobre o tema.

Este processo de construção com o DSD/SSRC foi muito instrutivo, produziu muitas provocações que demandaram mais leitura e estudo, impactando de forma positiva na produção final. Também gerou muitos incômodos, que da mesma forma foram importantes para aprofundar certas reflexões. Destaco três espaços de interação muito significativos promovidos pela pesquisa: a interação periódica com os dois editores da publicação, do início ao fim do projeto; a oficina de 2 dias, realizada com a presença das/dos autoras/es das oito pesquisas financiadas, mais pesquisadores convidados; e o processo de revisão por pares, com a participação de 4 revisores externos. Não tenho dúvida que a participação neste projeto determinou em grande parte o caminhar desta pesquisa, agregando percepções que eu não teria sem as provocações desta experiência. As demais pesquisas produzidas no projeto foram muito consumidas por mim, com informações e olhares sobre as CTs que eu desconhecia, em parte por algumas abordagens feitas pelas Ciências Sociais – que não é meu campo de estudos – como também por algumas pesquisas trazerem visões e argumentos positivos sobre o trabalho das CTs. Também é importante dizer que foi um processo que contribuiu muito com minha formação enquanto pesquisador, desenvolvida no Doutorado. O artigo produzido para o *Working Paper Series* sobre as Comunidades Terapêuticas no Brasil, da DSD/SSRC, é apresentado no Capítulo II. Além disso, tomo algumas das mobilizações vivenciadas ao longo destes encontros para produzir algumas reflexões importantes no Capítulo III.

Meu encontro com as CTs

Atuando na Rede de Atenção Básica, tive pouco contato com as CTs, muito eventualmente no relato de algum usuário com problemas com álcool. Início mesmo meu relacionamento com as CTs a partir do trabalho no CAPSad. Um grande número de usuários com os quais interagi no CAPSad já havia estado ao menos uma vez em CTs, além disso, eram comuns as demandas de usuários por

internações nestes serviços, apesar das contradições. Neste período, conhecia as CTs muito mais como Centros de Recuperação, pois era assim que os usuários se referiam a estes serviços. Os relatos eram compatíveis com a descrição de serviços que promoviam isolamento social e abusos diversos. No entanto, com frequência os pedidos de internação se davam por demandas de abrigo ou proteção. Parecia que, em alguns momentos, a situação nas ruas era pior do que dentro das CTs, o que fazia alguns buscarem um dano menor. Era frequente presenciar usuários angustiados por não conseguir dormir na rua – por estar ameaçado ou sentindo-se muito vulnerável – e por falta de vagas em abrigos, acabarem buscando uma CT. Ainda assim, não era fácil encontrar uma vaga em CT e, mesmo conseguindo a vaga, não era fácil sustentar o “internamento”. A depender do modo de funcionamento do estabelecimento – especialmente do grau de rigidez – estes usuários ficavam poucos dias por não suportar o tratamento. O encaminhamento para CTs era uma das últimas opções utilizada pelo CAPSad, mas era uma opção. Nesta relação com as Comunidades Terapêuticas, recebíamos um retorno bem variado dos usuários de nosso serviço. Com frequência surgiam queixas compatíveis com os problemas constatados pelas inspeções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; 2018), sendo frequentes os relatos de abusos. Dentre os problemas relatados, estão: a característica religiosa - “Botam a gente pra rezar o dia todo, quem aguenta?!” contou um usuário; laborterapia – “me obrigaram a assentar pedra de calçamento, querem que eu trabalhe de graça!” afirmou outro; ou restrições de liberdade “só me deixam ligar pra casa uma vez por mês, é hospital ou prisão?!” questionou um terceiro. As histórias de violência física ou restrição de comida também eram frequentes. Ao mesmo tempo, nos deparamos com histórias de usuários que referiram encontrar a “Salvação” em CTs, mesmo com todas as restrições colocadas. Lembro de um usuário com forte consumo de álcool, membro assíduo do “sindicato”³ durante muitos anos e já com diversos danos ao seu corpo, que vive uma experiência de conversão em CT, reaparecendo mais de um ano depois no serviço, sóbrio, mais gordo, vestido com o uniforme da CT. Passou rapidamente para nos visitar, acompanhado de outro membro da CT, pois o território do

³ “Sindicato” é termo usado para designar grupo de pessoas que se reúne assiduamente em lugar público para consumo nocivo de álcool, durante todo o dia.

Pelourinho era lugar de risco. Tinha como perspectiva continuar residindo na CT, como monitor. Lembro do sentimento que tive, com a alegria de vê-lo bem cuidado e alegre, mas ao mesmo tempo percebê-lo preso a um papel, uma performance de “recuperado”, contido no uniforme da Comunidade. Sentimento bastante contraditório que não consegui explorar, pois nunca mais o encontrei, mesmo durante a pesquisa de campo, pois a CT em que ele residia este sem comunicação no período da pandemia, quando realizei esta pesquisa.

Ao ingressar como conselheiro no CEPAD/BA, a partir de 2017, as CTs entraram mais diretamente na minha agenda. À época, o Conselho era intensamente tomado pela pauta de fiscalização e certificação das CTs. Havia o entendimento de que, se o Conselho não se ocupasse de garantir uma “qualidade mínima” para estes estabelecimentos, o Estado poderia financiar CTs que não garantisse determinados direitos. O instrumento e dinâmica de certificação contemplavam a avaliação de muitas questões trazidas por nossos usuários, como: “Respeito à orientação religiosa do residente, sem imposição da participação deste em qualquer tipo de atividade religiosa durante a sua permanência na entidade”, ou “Contato frequente do residente com a família, desde o início da sua inserção na entidade”. O Conselho também acompanhava outras frentes da Secretaria Estadual de Justiça junto às CTs, como ações de formação e capacitação das mesmas. Realizei visitas e participei da discussão dos relatórios de visitas de outras conselheiras e conselheiros, negando ou fornecendo certificações, além de recomendações. No entanto, muitas vezes havia o desconforto sobre o que efetivamente estávamos fazendo, fiscalizando ou legitimando o financiamento às CTs?

No CAPSad, percebia que as CTs certificadas pelo CEPAD recebiam menos queixas dos usuários. Conseqüentemente, eram mais acessadas pelos profissionais, pois eram mais aceitas pelos usuários. Neste momento, realmente passei a considerar que seria possível construir mecanismos que coibissem os abusos das CTs e assim, “adequar” estes serviços para cumprir o que propõe a Portaria 3.088 de 2011⁴ (BRASIL, M. Da S., 2011), ou seja, tratar as CTs como mais um componente da Rede de Atenção Psicossocial, atuando em conjunto com os

⁴ 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, incluindo as Comunidades Terapêuticas como parte integrante da Rede.

serviços substitutivos. Foi considerando esta possibilidade que iniciei a pesquisa sobre CTs no início de 2020, e no projeto de pesquisa que apresentei à DSD/SSRC, coloquei a questão: “Existe Salvação para as CTs?”, para além da ironia ou provocação. O contato com os artigos pesquisados, com a literatura de referência das CTs, a conversa com os usuários-guia e a troca com demais pesquisadores/as da DSD/SSRC me fizeram compreender que eu não conhecia as CTs até começar esta pesquisa. Não compreendia como operavam seus métodos e sua clínica, tampouco sua relação com a religião ou o alto grau de organização. Muito do que pensei tratar-se de exceções ou excessos eram na verdade parte do método. Surpreendi-me e, algumas vezes, senti mal estar. No entanto, reconheço que foi um grande aprendizado, não somente sobre as CTs, mas sobre o cuidado antimanicomial que buscamos fazer nos serviços substitutivos. Ao final do Capítulo III, reflito sobre como o conhecimento a respeito dos métodos das CTs me fizeram interrogar o trabalho do CAPSad, e do quanto pode haver de CT dentro de cada um de nós, profissionais da saúde.

Sobre a Tese

Os três capítulos desta tese seguem a sequência de investigação desenvolvida durante a pesquisa de Doutorado, sendo compostos por materiais produzidos com a finalidade de publicação em periódicos científicos. De certa forma, tratam-se de três pesquisas, utilizando diferentes metodologias, articuladas por um Objetivo Geral: analisar a assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil às pessoas que usam drogas, descrevendo as características do seu modelo e situando estes serviços no contexto da atenção psicossocial brasileira, buscando compreender o que se produz (ou se espera produzir) com o cuidado ofertado por estes serviços. Explico um pouco mais de cada um dos capítulos da Tese a seguir.

O Capítulo I corresponde à pesquisa de revisão bibliográfica sobre as CTs. Realizei uma primeira revisão bibliográfica em maio de 2020, nas bases de pesquisa LILACS, SCIELO e Portal de periódicos da CAPES, para subsidiar a formulação de analisadores para a pesquisa de campo realizada a partir do CAPSad, financiada pela DSD/SSRC. Esta pesquisa de revisão permitiu mapear as principais discussões sobre o tema, ajudando a dar nome a certas percepções e incômodos, e consequentemente fazer novas perguntas. Naquele momento, não havia perspectiva

de publicação da revisão bibliográfica em periódico científico. Assim, após o término da pesquisa da DSD/SSRC e publicação de seus resultados, retomamos a pesquisa de revisão bibliográfica, ampliando as bases de pesquisa para alcançar maior abrangência e qualificar o estudo, nos ofertando mais material para conversa. O conteúdo deste capítulo é uma versão ampliada do artigo que foi submetido à Revista Psicologia Política, com o título "Comunidades Terapêuticas no Brasil: uma revisão de escopo entre 2001 e 2021".

No Capítulo II trago a publicação apresentada como produto final da pesquisa financiada pela DSD/SSRC, no Working Paper Series sobre Comunidades Terapêuticas no Brasil (FIORE; RUI, 2021). O texto apresentado neste capítulo difere do texto constante na publicação citada, que foi modificado na sua estrutura de linguagem para melhor adaptar-se à versão traduzida para o inglês. Trata-se de uma pesquisa com dados primários, através do recolhimento de encontros com cinco usuários-guia identificados a partir do CAPSad Gregório de Matos, com a participação de trabalhadores do serviço. Tive a oportunidade de discutir este trabalho na disciplina "Estudos Avançados em Redes Comunitárias na Saúde", Linha 3 do Programa EICOS/UFRJ, no semestre 2020.2, com relevantes contribuições do grupo, que me ajudaram na organização do texto, com especial contribuição da professora Kathleen Tereza da Cruz. A pesquisa originalmente aprovada previa o acompanhamento de usuários-guia de dois CAPSad da Região Metropolitana de Salvador. Em virtude da pandemia de COVID-19 e as limitações de deslocamento, o projeto foi adaptada para ser realizada em um único CAPSad, mais acessível, mas também um servido de maior abrangência territorial e de ações.

O Capítulo III é o único que ainda não foi produzido no formato de artigo. Trata-se de uma análise cartográfica dos encontros e mobilizações vivenciados por mim ao longo da pesquisa de Doutorado, mas que não tiveram espaço para processamento nos textos anteriores. Percepções sobre os artigos encontrados na revisão bibliográfica, mas que não eram objeto da revisão de escopo, ou afetos que pediram língua e passagem durante o processo de pesquisa da DSD/SSRC, mas que não cabiam na proposta de pesquisa aprovada, são processados neste capítulo. Importantes contribuições para a escrita deste capítulo também vieram dos comentários da banca de qualificação, citados ao longo do texto. Aqui também tento colocar em conversa as diversas pesquisas dentro da pesquisa. Para isso, convido

autores com os quais me encontrei a partir do Coletivo de Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, coordenado pelo Prof. Emerson Elias Merhy, que se reuniu semanalmente às quintas-feiras pela manhã, desde o início da pandemia.

Nas Considerações Finais trago mais algumas reflexões sobre as CTs, me perguntando também o que fazer com tudo isso, do meu lugar de trabalhador da saúde, professor universitário e militante do Cuidado em Saúde e da Defesa da Vida, retornando para atuação em uma Rede de Atenção Psicossocial com tantas carências e a constante tensão com os salvacionistas do momento.

Bibliografia da Introdução

- Bahia, Universidade Federal da (UFBA). Faculdade de Medicina da Bahia. Departamento de Saúde da Família. Projeto de Gestão de Serviço Docente – Assistencial para Capacitação e Formação de Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Bahia – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) – Gregório de Matos. Fevereiro de 2017. Mimeo.
- Bahia, Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CEPAD). Barema Certificação de Comunidades Terapêuticas. 2017.
http://www.justicasocial.ba.gov.br/arquivos/File/BAREMA_CERTIFICACAO_CT_FINAL.pdf (acesso em 04/03/2020)
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*.
<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>
- Conselho Federal de Psicologia, Tortura, M. N. de P. e C. à, & Ministério Público Federal. (2018). *Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>
- Fiore, M., & Rui, T. (2021). *Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil*. <https://doi.org/10.35650/SSRC.2082.d.2021>

CAPÍTULO I - EXPLORANDO O TEMA: UMA PESQUISA BIBLIOGRAFICA

Introdução

As Comunidades Terapêuticas (CTs) para o tratamento de pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas existem no Brasil desde a década de 1960, mas tiveram marcante expansão nos últimos 25 anos (IPEA, 2017, p. 17). Além da significativa abertura de novas CTs, os últimos anos também representaram um importante período de regulamentação e inclusão destes serviços na oferta assistencial prestada pelo Estado brasileiro à população.

As CTs passam a ser reguladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2001, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, posteriormente substituída pela RDC nº 29/2011. A partir do final desta década, observamos um conjunto de normativas legitimando estes serviços (TEIXEIRA, M. B. *et al.*, 2017): em 2009 são certificadas como entidades beneficentes de assistência social, conforme lei nº 12.101 (BRASIL, P. Da R., 2009). Em 2011 são incluídas como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento, transtorno mental e necessidades associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS), através da Portaria nº 3.088; e em 2015 são vinculadas ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) enquanto serviços para acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas, através da Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). O lançamento do plano “Crack, é possível vencer”, em 2011, deu início à efetiva transferência de recursos federais para estes serviços através do Ministério da Justiça (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a).

Por outro lado, inspeções interinstitucionais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; 2018) vêm apontando a presença de diferentes tipos de abusos, maus-tratos e mesmo situações de tortura em diversas CTs, caracterizando a violação de direitos “como uma regra” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 190). Pesquisas associam o modelo de cuidado nas CTs ao isolamento social, visão depreciativa dos usuários, imposição terapêutica e conversão religiosa (IPEA, 2017; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a) em franca discordância com o cuidado defendido pelo Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), tendo como marco a publicação da lei 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das

peças portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”(BRASIL, 2001). Assim, diante desta aparente contradição político-assistencial, decidimos realizar um estudo objetivando compreender como as pesquisas científicas tem abordado a assistência ofertada pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil no contexto pós lei da RPB.

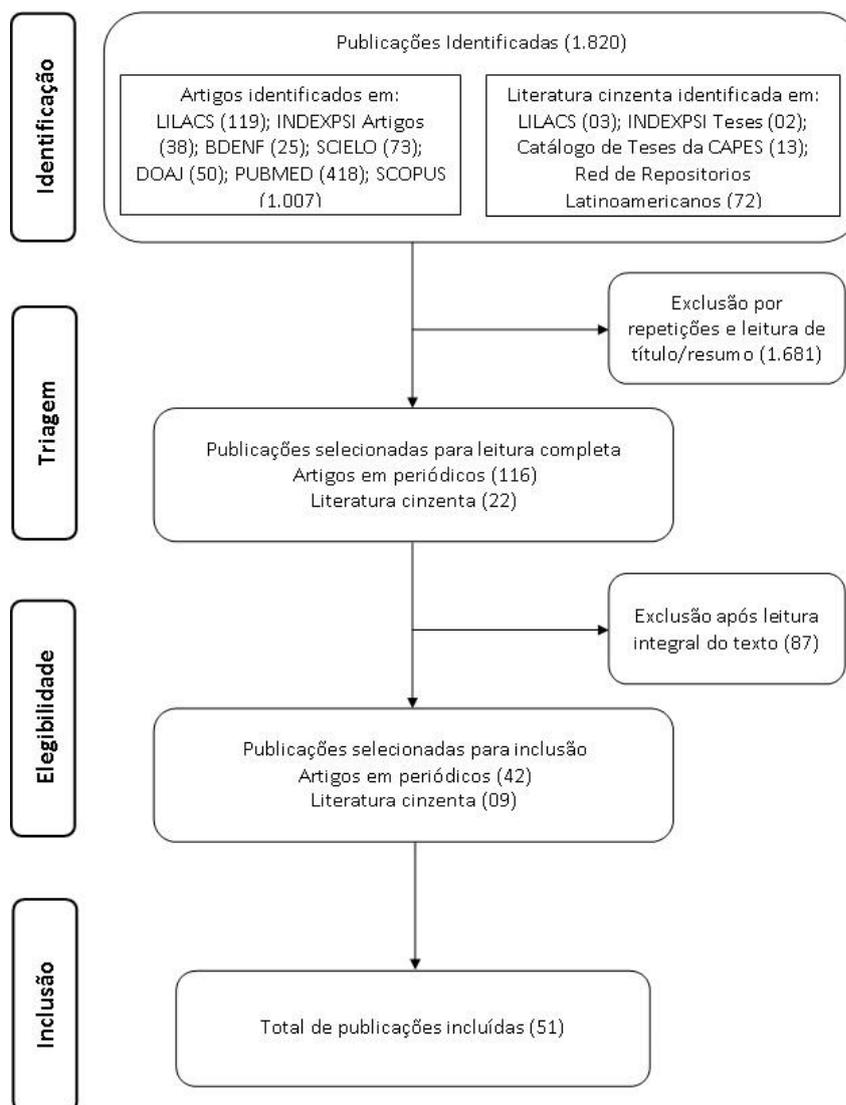
Metodologia

Esta revisão bibliográfica foi desenvolvida a partir da metodologia das revisões de escopo (AROMATARIS; MUNN, 2017), mais adequada ao amplo mapeamento de temas emergentes na produção científica. Como critérios de elegibilidade utilizamos o mnemônico PCC (Participantes, Conceito e Contexto) para seleção de pesquisas que tomam: como Participantes, as Comunidades Terapêuticas para tratamento de pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas; como Conceito de interesse, a abordagem dos elementos assistenciais destes serviços, incluindo as práticas utilizadas no cotidiano, modelo de cuidado, infraestrutura, relação com a rede assistencial, resultados ou consequências da atenção ofertada; e como Contexto, a atuação das CTs no Brasil após reforma psiquiátrica brasileira, tomando como referência o ano de publicação da lei 10.216/2001.

Uma pesquisa preliminar foi realizada em maio de 2020, nas bases de dados LILACS, SCIELO e Portal de Periódicos da CAPES, restrita a publicações no formato de artigos, utilizando o termo do DECS/MeSH “Comunidade Terapêutica”, no singular e plural, com seleção dos artigos mais relevantes para leitura. Esta busca inicial subsidiou a realização da pesquisa junto aos usuários-guia, apresentada no Capítulo II, caracterizando-se como uma fase exploratória da mesma (MINAYO, Maria Cecilia De Souza, 2007). Também permitiu selecionar palavras-chave mais pertinentes para uma segunda busca, mais abrangente, bem como identificar conceitos analisadores para compor instrumento de extração de dados dos artigos. Uma segunda e principal busca foi realizada em maio de 2021, incluindo artigos científicos e literatura cinzenta – não publicada em periódicos –, nas bases: LILACS; INDEXPSI (artigos e teses); BDEF; SCIELO; DOAJ; PUBMED; SCOPUS; Catálogo de Teses da CAPES e Red de Repositorios Latinoamericanos, a partir de 2001 nas línguas português, espanhol ou inglês. Foram utilizados os mesmos termos de busca em todas as bases: ("comunidade terapeutica" OR

"comunidades terapeuticas" OR "comunidad terapeutica" OR "therapeutic community" OR "therapeutic communities") AND ("droga" OR "drogas" OR "drug" OR "drugs" OR "álcool" OR "Alcohol" OR "Alcoolismo" OR "Alcoholism" OR "Alcoholismo" OR "Substâncias" OR "Substance" OR "Sustancias" OR "Toxicomania" OR "Drogadição" OR "Addiction" OR "Drogadicción" OR "Dependencia quimica" OR "Drogodependencia"). Os campos de busca selecionados foram Título, Resumo e Palavras Chave, ou somente Título e Resumo para as bases que não contavam com a primeira opção. Esta busca identificou 1.820 publicações. Na etapa de triagem, com leitura do título e resumo, bem como retirada de repetições, foram excluídas 1.681 que não atendiam às questões da pesquisa. Após leitura integral do texto e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram excluídas mais 87 publicações, dentre elas, 04 dissertações cujos achados foram publicados em outros textos selecionados. As etapas de seleção estão descritas na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos textos revisados.



Para seleção dos dados de interesse desta pesquisa, utilizamos instrumento de registro composto por categorias que permitiram identificar características gerais dos estudos, bem como evidenciar os principais achados encontrados pelas pesquisas sobre o cuidado ofertado nas CTs brasileiras, conforme exposto nos resultados a seguir.

Resultados e Discussão

Dentre as 51 publicações selecionadas, 42 são artigos publicados em periódicos científicos, 07 são teses ou dissertações e 02 são pesquisas publicadas por órgão técnico. Apenas 04 (8%) estudos foram publicados até 2010, 19 (37%) publicados

entre 2011 e 2015, e 27 (55%) estudos de 2016 até os primeiros meses de 2021, demonstrando a atualidade e crescente interesse da pesquisa sobre o tema.

A região sudeste registrou 25 publicações (49%), a região sul 11 (21%), centro-oeste 08 (16%), nordeste 06 (12%) e norte 01 (2%), com proporções semelhantes para artigos e literatura cinzenta. Esta distribuição guarda alguma semelhança com a das CTs em território nacional, com 41,77% destas localizadas na região sudeste, 25,57% na região sul, 17,06% no nordeste, 8,23% no centro-oeste e 7,37% no norte(IPEA, 2017).

A maioria das publicações encontrada é da área da Saúde, com 39 pesquisas (76%), enquanto 12 (24%) são das Ciências Sociais. No entanto, há um predomínio das Ciências Sociais na literatura cinzenta, com 07 (78%) das 09 pesquisas selecionadas. Quatro estudos foram publicados em língua inglesa, um em espanhol e os demais em português.

De acordo com a metodologia das pesquisas, 30 estudos (59%) utilizaram metodologia predominantemente qualitativa, 09 pesquisas (18%) com metodologia predominantemente quantitativa, 08 estudos (16%) realizaram pesquisas bibliográficas ou documentais e 04 trabalhos (8%) foram ensaios sobre o tema.

Em relação aos achados das pesquisas, agrupamos os mesmos em 06 categorias, buscando sistematizar o conhecimento a respeito das características assistenciais destes serviços e, ao mesmo tempo, colocar em diálogo os resultados dos estudos, conforme a seguir: 1- Características gerais das CTs; 2- Tratamento Moral; 3- Regime Disciplinar; 4- CTs e a Reforma Psiquiátrica Brasileira; 5- Fiscalização e Adequação; e 6- Resultados do Tratamento. A eleição destas categorias se deu a partir de diferentes critérios, como: a frequência do tema nos artigos pesquisados (Características Geras); a frequência do tema nos artigos, nos relatos de usuários e na vivência do autor (Tratamento Moral e Regime Disciplinar); questão inicial da pesquisa (Reforma Psiquiátrica Brasileira); e pela percepção de temas estratégicos no debate sobre a atuação e legitimidade das CTs no Brasil (Fiscalização/Adequação e Resultados do Tratamento). Os estudos selecionados estão descritos nas tabelas 1 e 2 a seguir.

Tabela 1: Descrição dos artigos selecionados em periódicos.

Referência	Objetivo	Metodologia	Categorias*
(BADAGNAN; BRITO; VENTURA, 2013)	Refletir sobre as CTs no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.	Pesquisa documental	RPB; RsT
(BARBOSA, D. V. S. <i>et al.</i> , 2016)	Analisar a reinserção social do ex-residente de CT.	Pesquisa transversal	RsT
(BARBOSA, D. <i>et al.</i> , 2020)	Refletir sobre o tratamento religioso e espiritual empregado nas CTs.	Pesquisa bibliográfica	CrG; RsT
(BARCELOS <i>et al.</i> , 2021)	Discutir as consequências subjetivas da internação em CT.	Pesquisa transversal	TrM; RgD; RsT
(BASTOS; ALBERTI, 2021)	Analisar o aumento do protagonismo das CTs no contexto do paradigma psicossocial e da política de redução de danos.	Pesquisa bibliográfica e documental	TrM; RPB
(BLEICHER; VIANA, 2012)	Compreender as possíveis relações entre modelos psiquiátricos históricos e os atuais tratamentos oferecidos em CTs.	Ensaio	TrM; RgD
(BOLONHEIS- RAMOS; BOARINI, 2015)	Analisar possíveis aproximações do legado higienista em com as propostas de intervenção das CTs atuais.	Pesquisa bibliográfica e documental	TrM; RPB
(CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017)	Conhecer concepções e práticas de Redução de Danos entre profissionais e usuários de um CAPSad III e uma CT.	Pesquisa transversal	CrG; TrM; RgD
(CAVALCANTE; BOMBARDELLI; ALMEIDA, 2016)	Caracterizar as condições sanitárias das CTs.	Pesquisa transversal	CrG; FsA
(COTTA; FERRARI, 2015)	Refletir sobre modelo e método assistencial das CTs.	Ensaio	TrM; RsT
(DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020)	Compreender como usuários avaliam a proposta terapêutica em um CAPSad III e em CTs.	Pesquisa cartográfica	TrM; RgD; RsT
(FOSSI; GUARESCHI, 2015)	Compreender a proposta de tratamento das CTs no contexto da política de drogas no Brasil.	Pesquisa documental	CrG; TrM; RgD

Referência	Objetivo	Metodologia	Categorias*
(GALINDO; MOURA; PIMENTÉLMÉLLO, 2017)	Analisar as estratégias terapêuticas das CTs no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas.	Pesquisa documental	CrG; TrM; RgD
(GÓMEZ-RESTREPO <i>et al.</i> , 2017)	Identificar variáveis sociodemográficas, padrões de consumo, percepção de efetividade do usuário e cumprimento do plano de tratamento em CTs.	Pesquisa transversal	FsA; RsT
(GÓMEZ RESTREPO <i>et al.</i> , 2018)	Descrever quantitativamente e qualitativamente CTs existentes em 5 países da América Latina.	Pesquisa transversal	CrG; FsA; RsT
(HECKERT <i>et al.</i> , 2004)	Analisar a experiência da inclusão de equipe técnica interdisciplinar em uma CT	Relato de experiência	FsA
(LIMA; MATA, DA, 2013)	Analisar o papel do trabalho como elemento terapêutico em CT.	Estudo de caso	RgD; RsT
(LONGO, 2015)	Compreender a perspectiva das CTs sobre a dependência de substâncias psicoativas.	Pesquisa bibliográfica	TrM; RgD
(MCBRIDE <i>et al.</i> , 2018)	Descrever um programa estadual de melhora dos níveis assistenciais e profissionalismo em CTs.	Estudo de caso.	CrG; TrM; FsA
(MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016)	Conhecer e analisar o funcionamento cotidiano de uma CT.	Pesquisa transversal	CrG; TrM; RgD
(MELO; CORRADI-WEBSTER, 2018)	Compreender os sentidos construídos por usuários a respeito da experiência de internação em CTs.	Pesquisa transversal	RgD; RsT
(OLIVEIRA JÚNIOR, 2020)	Refletir sobre a produção de subjetividade no cotidiano de uma CT.	Relato de experiência	TrM
(PACHECO; SCISLESKI, 2013)	Discutir as práticas da CT, a abordagem da abstinência e a política de redução de danos.	Relato de experiência	CrG; TrM; RgD
(PAULA JUNIOR; CRUZ, A. R., 2017)	Compreender a abordagem dos problemas de relacionamento interpessoal em CT	Pesquisa transversal	RgD

Referência	Objetivo	Metodologia	Categorias*
(PERRONE, 2014a)	Analisar se o trabalho das CTs no Brasil se orienta em prol da Reforma Psiquiátrica de do Movimento de Luta Antimanicomial.	Pesquisa bibliográfica e documental	RPB; FsA
(PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020)	Discutir como modalidades de tratamento em saúde mental contribuem, ou obstaculizam, o processo de desinstitucionalização.	Estudo observacional	RgD; RPB; RsT
(RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008)	Descrever e analisar a atenção a adolescentes em uma CT.	Pesquisa etnográfica	CrG; RgD; RsT
(RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015)	Analisar o papel de CTs religiosas na recuperação e reabilitação de usuários de drogas.	Estudo observacional	CrG; TrM; RPB
(ROSSI; TUCCI, 2020)	Avaliar o acesso aos tratamentos para a dependência de drogas oferecidos aos usuários de crack em situação de rua.	Pesquisa transversal	TrM; RgD; RsT
(RUI, 2010)	Descrever e analisar a relação de indivíduos e equipe com o cotidiano normativo do tratamento em CT.	Pesquisa etnográfica.	CrG; TrM; RgD
(SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014)	Avaliar possíveis mudanças ocorridas no funcionamento psicológico de pessoas submetidas a tratamento em uma CT.	Estudo observacional	RsT
(SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2015)	Investigar a vinculação aos princípios de uma CT e sua relação com o processo de mudança vivenciado pelos internos em tratamento.	Estudo observacional	RsT
(SCHLEMPER JUNIOR, 2017)	Discutir as relações institucionais e a necessidade de abordagem bioética no suporte às ações de inspeção da VISA nas CT.	Ensaio	FsA
(SCHLEMPER JUNIOR, 2018)	Contribuir com o debate ético sobre a vivência dos dependentes de drogas psicoativas nas CTs.	Ensaio	RPB
(SCHNEIDER, 2011)	Compreender as experiências de usuários desencadeadoras de tratamento em instituições	Pesquisa etnográfica	TrM; RsT

Referência	Objetivo	Metodologia	Categorias*
	que defendem a proibição e repressão do consumo das drogas.		
(SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017)	Analisar o funcionamento de CTs a partir das diretrizes da Política sobre drogas no Brasil.	Pesquisa transversal	CrG; RgD; RPB
(SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, 2013)	Conhecer a percepção dos familiares em relação ao tratamento realizado em CT.	Pesquisa transversal	RPB; RsT
(SILVA, I. F. C. E <i>et al.</i> , 2015)	Analisar o relacionamento entre as CTs e os serviços de saúde do SUS.	Pesquisa transversal	CrG; RPB
(SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018)	Identificar as práticas ofertadas como tratamento para o uso problemático de substâncias psicoativas em CTs.	Pesquisa transversal	CrG; RgD; RPB; FsA
(SOUZA, K. D. S. <i>et al.</i> , 2016)	Caracterizar as ações e atividades voltadas para a reinserção social dos residentes em CT.	Pesquisa transversal	RgD; RsT
(TEIXEIRA, C. P., 2016)	Compreender os mecanismos sociológicos envolvidos na recuperação de indivíduos em tratamento em CT.	Pesquisa etnográfica	CrG; TrM; RgD
(VASCONCELO S; PAIVA; VECCHIA, 2018)	Compreender as concepções de cuidado adotadas por profissionais que atuam em um Caps Ad e uma CT.	Pesquisa transversal	TrM; RgD; RsT

*CrG – Características Gerais das CTs; TrM – Tratamento Moral; RgD – Regime Disciplinar; RPB – CTs e a Reforma Psiquiátrica Brasileira; FsA – Fiscalização e Adequação; RsT – Resultados do Tratamento.

Tabela 2: Descrição das pesquisas selecionadas na literatura cinzenta.

Referência	Objetivos	Metodologia	Categoria*
(AGUIAR, 2014)	Compreender os significados e as percepções do usuário de crack em relação às propostas das CT de caráter religioso.	Pesquisa etnográfica	CrG; RgD; RsT

Referência	Objetivos	Metodologia	Categoria*
(BARDI, 2019)	Analisar os aspectos de alienação presentes nos discursos dos sujeitos egressos de CTs religiosas.	Pesquisa transversal	CrG; TrM; RgD
(FISCHER, 2004)	Analisar as condições de vida de ex-residentes de CTs verificando a superação do problema da dependência e a reintegração às suas comunidades.	Pesquisa transversal	CrG; TrM; FsA; RsT
(GEHRING, 2014)	Traçar o perfil do residente/egresso e verificar a efetividade da CT enquanto política social de tratamento ao dependente químico.	Pesquisa transversal	CrG; TrM; RsT
(IPEA, 2017)	Reunir informações sobre as CTs no Brasil, permitindo à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) o aperfeiçoamento dos processos de monitoramento e avaliação do financiamento das CTs.	Pesquisa transversal e Pesquisa etnográfica.	CrG; TrM; RgD; RPB; FsA; RsT
(RAMOS, 2018)	Analisar o processo de reinserção social dos egressos de uma CT no âmbito do mercado de trabalho.	Pesquisa transversal	CrG; TrM; RPB; RsT
(SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a)	Reunir informações sobre as CTs no Brasil, permitindo à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) o aperfeiçoamento dos processos de monitoramento e avaliação do financiamento das CTs.	Pesquisa transversal e Pesquisa etnográfica.	CrG; TrM; RgD; RPB; FsA; RsT
(SILVA, M. A. R. Da, 2013)	Conhecer o funcionamento das CTs e analisar o significado atribuído as mesmas por residentes, egressos e funcionários.	Pesquisa etnográfica	CrG; TrM; RgD; RsT
(VICENTINI, 2011)	Analisar o modo como as CTs operam no campo do tratamento ao usuário de drogas através de suas práticas de internação.	Pesquisa cartográfica	CrG; TrM; RgD; FsA

*CrG – Características Gerais das CTs; TrM – Tratamento Moral; RgD – Regime Disciplinar; RPB – CTs e a Reforma Psiquiátrica Brasileira; FsA – Fiscalização e Adequação; RsT – Resultados do Tratamento.

Características gerais das CTs

O estudo mais abrangente abordando este tópico, realizado pelo com quase 2.000 CTs em todo território nacional pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

(IPEA, 2017), apresenta achados semelhantes a outros estudos selecionados de menor abrangência.

Em geral, as CTs localizam-se em zonas rurais (SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017) e periferias de grandes cidades (IPEA, 2017). Muitas estão em locais de difícil acesso (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016), favorecendo o isolamento dos internos. A maioria acolhe somente público masculino (FISCHER, 2004; SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017), representando mais de 80% das CTs (IPEA, 2017). Há CTs mistas – em torno de 15% – e uma minoria que oferta vagas somente para mulheres (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). Algumas são exclusivas para adolescentes (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008), mas muitos serviços internam adolescentes junto com o público adulto (AGUIAR, 2014; LIMA; MATA, DA, 2013; MCBRIDE *et al.*, 2018), inclusive crianças (SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). Apresentam-se como serviços filantrópicos (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016; RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008) ou privados (SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017), com diferentes fontes de financiamentos, como: cobrança de mensalidades/taxas, doações, venda de produtos produzidos pelos internos, isenção de impostos e financiamento público direto da esfera municipal, estadual ou federal (IPEA, 2017; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). O financiamento público garante a oferta de vagas gratuitas (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008; SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017) e viabiliza o funcionamento de muitos serviços (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016). Observou-se que até 50% das CTs recebiam financiamento de ao menos duas esferas públicas (IPEA, 2017).

Muitas CTs funcionam sem profissionais de saúde, somente com monitores (ex-internos) e coordenadores do serviço (GÓMEZ RESTREPO *et al.*, 2018; MCBRIDE *et al.*, 2018). Os estudos apontam forte presença do trabalho voluntário nas CTs (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018), mas registram que a maioria dos trabalhadores possui algum vínculo profissional (IPEA, 2017). A categoria profissional observada com mais frequência nas CTs é a psicologia, seguida do serviço social (IPEA, 2017; MCBRIDE *et al.*, 2018). Um estudo observa que os profissionais técnicos “cumprem carga horária

pequena, com atividades pontuais e sem poder de negociação e decisão”(MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016, p. 384).

O tempo de internação varia de 06 a 12 meses a depender do serviço, podendo ser estendido se necessário, conforme progresso do indivíduo no tratamento(CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; PACHECO; SCISLESKI, 2013; TEIXEIRA, C. P., 2016). Há registros de internações involuntárias (SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017), e com mais frequência internações por motivações judiciais (GEHRING, 2014; RUI, 2010; VICENTINI, 2011), especialmente de adolescentes (FISCHER, 2004; RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). Algumas internações ocorrem como alternativa ao sistema prisional (MCBRIDE *et al.*, 2018), o que nos faz questionar sobre a suposta voluntariedade nestes casos, quando a outra opção é o presídio. Um dirigente de CT entrevistado afirmou que os estabelecimentos que aceitam internamento involuntário tem mais demanda de internação (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016). Também há registro de internações não relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas: por outras causas de sofrimento mental, por necessidade de abrigo ou proteção contra ameaças, sendo tema frequentemente citado nas pesquisas (BARDI, 2019; RUI, 2010; SILVA, I. F. C. E *et al.*, 2015).

Segundo inquérito realizado pelo (IPEA, 2017, p. 21), as principais técnicas terapêuticas utilizadas são: espiritualidade, em 95,6% das CTs pesquisadas; laborterapia, 92,9%; psicoterapia em grupo, 88,5%; psicoterapia individual, 84,6%; 12 passos, 70%; atividades pedagógicas, 63,7%; Arteterapia, 62%; grupo operativo 55,4%; medicamentos, 55,1%, dentre outros. A técnica dos “12 passos” dos Alcoólicos Anônimos é citada como mais frequente em outras pesquisas de abrangência estadual (MCBRIDE *et al.*, 2018).

O cotidiano é descrito como um ambiente livre de drogas, sexo e violência (FOSSI; GUARESCHI, 2015; PERRONE, 2014a), mas também referido como um cotidiano marcado “pela obrigatoriedade do trabalho e modo de vida cristã” (GALINDO; MOURA; PIMENTÉL-MÉLLO, 2017, p. 234) ou de engajamento na vida evangélica (TEIXEIRA, C. P., 2016). Há uma importante presença da religião no cotidiano das CTs(BARBOSA, D. *et al.*, 2020; PACHECO; SCISLESKI, 2013; SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014, 2015). Registra-se que mais de 85% das CTs são ligadas a uma determinada religião, sendo a grande maioria de religiões

cristãs(IPEA, 2017; MCBRIDE *et al.*, 2018), estando diretamente vinculadas ou mantidas por organizações religiosas (BASTOS; ALBERTI, 2021; FISCHER, 2004). Práticas religiosas obrigatórias são registradas como parte do tratamento em diversos serviços (DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020; PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020; ROSSI; TUCCI, 2020). Mas também registram-se ofertas de atividades religiosas não obrigatórias (FOSSI; GUARESCHI, 2015; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). O discurso religioso é apontado como central (VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018) e organizador das práticas destes serviços(RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015). Um artigo afirma que a propagação da religião é um dos objetivos do tratamento(BARBOSA, D. *et al.*, 2020). O modelo assistencial é fundamentado no tripé: espiritualidade, disciplina e trabalho(FOSSI; GUARESCHI, 2015; IPEA, 2017; RAMOS, 2018). No entanto, pesquisas destacam a prática da espiritualidade baseada em princípios cristãos(FISCHER, 2004; GALINDO; MOURA; PIMENTÉL-MÉLLO, 2017) ou em religiões específicas(SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017). Bardi (BARDI, 2019) considera que nomear as práticas das CTs como “espiritualidade” é uma forma de se adequar à legislação mantendo práticas religiosas.

Tratamento Moral

Pesquisas descrevem a assistência ofertada como um tratamento de base moral (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a) ou religioso-moral (RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015). O uso ou abuso de drogas é compreendido como parte de um problema maior, relacionado a um modo de vida disfuncional, delinquente ou imoral (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a), levando a um estilo de vida incompatível com as normas sociais vigentes. O problema é frequentemente relacionado a pessoas moralmente fracas (BARCELOS *et al.*, 2021), em decadência moral (TEIXEIRA, C. P., 2016), falha ou fraqueza moral (BARDI, 2019), bem como um desvio de caráter do indivíduo (OLIVEIRA JÚNIOR, 2020), percebido através de “sintomas morais” (SCHNEIDER, 2011, p. 317) (p. 317). A pessoa com problemas com drogas é compreendida como antissocial, manipuladora, pouco confiável ou propensa ao crime (RAMOS, 2018; VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018). As drogas também são vistas como demônios e o seu uso relacionado ao pecado

(RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015) ou traição à Deus (TEIXEIRA, C. P., 2016).

Assim, o tratamento não visa somente a abstinência, mas uma mudança da identidade, adotando novos valores e comportamentos que “constituem uma ideologia ou concepção de vida pessoal e social saudável” denominada de ‘bem viver’”(LONGO, 2015, p. 289), descritos como honestidade, atenção responsável, ética no trabalho, autoconfiança e responsabilidade com a comunidade (LONGO, 2015; SCHLEMPER JUNIOR, 2017), construindo um novo modelo de vida(RAMOS, 2018) ou uma nova personalidade(SILVA, M. A. R. Da, 2013), permitindo “viver corretamente”(FISCHER, 2004, p. 118). O novo modo de vida é um parâmetro a ser seguido por todos os indivíduos em tratamento (RUI, 2010; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a).

O objetivo é promover a reconstrução dos valores morais das pessoas (GEHRING, 2014; TEIXEIRA, C. P., 2016). Para tanto, é necessário uma ruptura completa com a vida anterior, matando o velho indivíduo para que o novo surja (BARCELOS *et al.*, 2021), processo descrito também como “‘renascimento’ do sujeito em outra ordem moral” (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008, p. 366). Algumas CTs consideram os nove meses de internamento como uma metáfora da gestação e nascimento de outro indivíduo (SILVA, M. A. R. Da, 2013). Esta transformação ou metamorfose (SCHNEIDER, 2011) é também descrita como um processo de conversão (RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015; VICENTINI, 2011), geralmente convertendo à religião professada pela CT (BARBOSA, D. *et al.*, 2020; BARCELOS *et al.*, 2021), mas também descrita como uma conversão “moral-subjetiva” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 96) e não necessariamente religiosa/espiritual.

Nesta transformação, autores destacam a importância da prática do testemunho dado pelos internos nos grupos terapêuticos, em especial daqueles que já passaram pelo processo de conversão, pois “reforça a condição de liberto e incentiva com o exemplo” (RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015, p. 519). Compreende-se como uma técnica de recuperação, permitindo o reconhecimento da decadência e o resgate do valor moral perdido, promovendo o compromisso com uma nova narrativa biográfica de vida (TEIXEIRA, C. P., 2016). Pesquisas relatam que não é permitido falar das experiências anteriores fora dos grupos e pouco se

fala sobre as drogas em si (PACHECO; SCISLESKI, 2013; RUI, 2010), estabelecendo-se a proibição da droga sem discutir o significado da mesma na vida do indivíduo (COTTA; FERRARI, 2015). As dimensões de prazer com as substâncias devem ser reprimidas (BLEICHER; VIANA, 2012). Observa-se que o testemunho nos grupos terapêuticos – em alguns locais chamados de “momento de partilha”, quando se compartilham histórias de vidas degradadas e sua recuperação – deve dar destaque ao sofrimento, medo e vergonha da vida anterior (BARDI, 2019; BLEICHER; VIANA, 2012), pois só “com a dor é possível aceitar que o controle da vida foi perdido e que há a necessidade de ajuda” (RUI, 2010, p. 60). Este procedimento também é descrito como uma confissão dos erros ou pecados (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Neste processo, o indivíduo é responsabilizado pelo seu sofrimento, devendo assumir a culpa por sua condição (OLIVEIRA JÚNIOR, 2020; VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018) e ao mesmo tempo, sua impotência diante do problema, que só pode ser enfrentado rendendo-se a um poder superior (GALINDO; MOURA; PIMENTÉL-MÉLLO, 2017; MCBRIDE *et al.*, 2018).⁵

A aplicação de códigos morais à sexualidade dos usuários das CTs é registrada em diferentes pesquisas, sendo a homossexualidade considerada um comportamento moralmente desviante, com relatos de rejeição e desrespeito a este público (BARDI, 2019; ROSSI; TUCCI, 2020; SILVA, M. A. R. Da, 2013), registrando-se que a maioria das CTs não aceita pessoas transexuais ou transgênero (IPEA, 2017). As mulheres também sofrem julgamento moral mais rigoroso, voltado para expectativas da maternidade, recato e obediência feminina (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a; SILVA, M. A. R. Da, 2013), sendo questionadas pelo uso/abuso da substância e por romper com seu papel social de mulher (DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020). Dirigentes de CT afirmam que tratar do público feminino é mais desafiador (SILVA, M. A. R. Da,

⁵ Revisando este texto após envio para a publicação, decidi fazer uma digressão bibliográfica, trazendo um recolhimento afetivo de um diálogo literário que me pareceu bastante oportuno. Lendo o romance de Margaret Atwood, “O Conto da Aia”, encontrei que o momento do **Testemunho** é citado como uma técnica utilizada na formação das Aias, que devem confessar seu passado impuro, para converterem-se em mulheres puras para a procriação. A ênfase na dor é destacada, de tal forma, que a falta de pecados a confessar é vista com desconfiança, como cita a narradora: “Durante o Testemunho é mais seguro inventar coisas do que dizer que você não tem nada a revelar” (Atwood, 2021, p. 92). Ficção tão próxima da realidade!

2013) sugerindo que as mulheres são “mais propensas ao descontrole emocional, mais sujeitas a desequilíbrios hormonais e necessitariam de cuidados complexos” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 105).

Regime Disciplinar

Os estudos destacam diversos elementos do cotidiano disciplinar nas CTs. O contato com a vida exterior é rigidamente controlado, não sendo permitido o livre acesso aos meios de comunicação (TV, rádio, internet, telefone) com diferentes graus de restrições (IPEA, 2017; RUI, 2010). Observa-se inclusive a proibição do uso de relógios, pois considera-se que o controle do tempo e das horas é produtor de ansiedade no internos (PACHECO; SCISLESKI, 2013). O contato com a família se dá mensalmente, de forma presencial ou por telefone (PACHECO; SCISLESKI, 2013; SOUZA, K. D. S. *et al.*, 2016) com serviços onde as visitas familiares só são autorizadas após os primeiros 3 meses de internação (BARCELOS *et al.*, 2021; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017). Outras CTs condicionam o contato com a família ao bom comportamento do usuário no serviço (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016; SOUZA, K. D. S. *et al.*, 2016). Uma pesquisa descreveu CTs que autorizam contato diário com os familiares (SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017). Segundo pesquisa do IPEA, apenas 14% das CTs brasileiras autorizam os internos “a guardar consigo os próprios documentos” (IPEA, 2017, p. 24).

As atividades cotidianas costumam ser obrigatórias para todos (BLEICHER; VIANA, 2012; GALINDO; MOURA; PIMENTÉL-MÉLLO, 2017; RUI, 2010), exigindo-se adesão às mesmas sem questionamentos (BARCELOS *et al.*, 2021). Muitas não permitem corte de cabelo ou roupas da preferência dos usuários, com a função de “desidentificar e homogeneizar os acolhidos”(SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 50) (p. 50). A maioria dos serviços exige abstinência sexual, não permitindo relacionamentos afetivos durante a internação (AGUIAR, 2014; IPEA, 2017), bem como restringindo relacionamentos mesmo após a saída do serviço (BLEICHER; VIANA, 2012; RUI, 2010). Há CTs que permitem relações sexuais entre pessoas casadas, com autorização prévia do estabelecimento (PACHECO; SCISLESKI, 2013). Uma pesquisa relata que a proibição sexual é muitas vezes subvertida clandestinamente pelos internos, expondo-os ao risco de infecções, pois o ingresso de preservativos é proibido no local (SILVA, M. A. R. Da, 2013). Alguns serviços

mantêm abstinência também de café, pois é associado ao desejo de fumar (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

Estudos descrevem práticas coercitivas e autoritárias (ROSSI; TUCCI, 2020; VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018; VICENTINI, 2011) registrando a presença constante da vigilância e controle sobre os internos, vistos a princípio como pessoas não confiáveis. Usuários de CT entrevistados referem sentirem-se presos e sem liberdade (DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020; MELO; CORRADI-WEBSTER, 2018) associando o cotidiano ao de uma instituição militar (ROSSI; TUCCI, 2020). O ambiente é descrito como espaço de privação de liberdade (BARDI, 2019; BASTOS; ALBERTI, 2021). Por outro lado, há usuários que identificam a rotina disciplinar como organizadora do indivíduo (LIMA; MATA, DA, 2013). O cotidiano de disciplina e vigilância é citado como importante para a manutenção da segurança e proteção dos internos (LONGO, 2015; SILVA, M. A. R. Da, 2013). Uma pesquisa considera que CTs que permitem a livre saída de usuários do serviço não são seguras (MCBRIDE *et al.*, 2018).

Para garantir a adesão e cumprimento das regras e rotinas do serviço, o modelo de cuidado das CTs trabalha com um sistema de sanções e privilégios (LONGO, 2015; PAULA JUNIOR; CRUZ, A. R., 2017). As sanções são apresentadas como práticas regulares diante do descumprimento de regras, sendo frequente: advertências verbais, aumento do trabalho, perda das atividades de lazer, restrição de contato com familiares, retirada de alimentação, aumento no tempo de tratamento ou desligamento do serviço (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2018; PAULA JUNIOR; CRUZ, A. R., 2017; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a; TEIXEIRA, C. P., 2016; VICENTINI, 2011). Pesquisas citam sanções consideradas humilhantes para os internos (AGUIAR, 2014; BARDI, 2019; PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020). Por outro lado, a obediência às regras é recompensada com privilégios como “mais dias de visita, mais passeios à cidade, o direito de dormir em quarto separado, entre outros” (PACHECO; SCISLESKI, 2013, p. 168), funcionando como estímulo à adesão à nova identidade. Estas práticas são descritas como formas de produção de sujeitos obedientes e disciplinados para a sociedade (FOSSI; GUARESCHI, 2015; GALINDO; MOURA; PIMENTÉL-MÉLLO, 2017). A obediência é meta do tratamento (AGUIAR, 2014) e um indicador da recuperação, permitindo ao usuário reconhecer “no acatamento da autoridade exercida pelo outro, parte fundamental da

possibilidade de sua reconstrução”(TEIXEIRA, C. P., 2016, p. 124). Entendemos que o sistema de sanções e privilégios está diretamente ligado ao maquinismo moral, sendo operado a partir da percepção moral do que deve ser estimulado ou interditado. Optamos em descrevê-lo neste item pela sua íntima relação com outras práticas disciplinadoras no cotidiano do serviço.

A laborterapia é apontada como forma de disciplinamento dos indivíduos em tratamento (BARCELOS *et al.*, 2021; SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017), sendo também utilizada como punição através do aumento da carga de trabalho ou de serviços indesejáveis (AGUIAR, 2014; RUI, 2010; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). A terapia pelo trabalho nas CT é descrita como uma prática normalizadora, ocupando o indivíduo e evitando tensões cotidianas na “criação de um corpo dócil” (GALINDO; MOURA; PIMENTÉL-MÉLLO, 2017, p. 236) e produtivo para a sociedade (BLEICHER; VIANA, 2012; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). O trabalho também tem a função de sustentação do serviço, cuidando do ambiente e gerando renda para o estabelecimento (SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018; TEIXEIRA, C. P., 2016). Há usuários que referem sentimento de exploração pelo trabalho e ausência de sentido no mesmo (AGUIAR, 2014; BARDI, 2019), enquanto outros avaliam a formação profissionalizante durante o internamento como positiva (SILVA, M. A. R. Da, 2013; VICENTINI, 2011) contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e educação pessoal (LONGO, 2015). Uma pesquisa destaca resultados positivos da laborterapia relacionados à possibilidade de escolha da atividade a ser desenvolvida, e não imposição da mesma (LIMA; MATA, DA, 2013), sendo também o único estudo que tomou a laborterapia nas CTs como objeto principal de análise.

Pesquisas afirmam que as CTs possuem características de Instituições Totais, conforme conceito de Erving Goffman (BARCELOS *et al.*, 2021; RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015; ROSSI; TUCCI, 2020; VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018). Estas características são descritas como: um modo de funcionamento que articula a perda da identidade individual; em um contexto de isolamento social; administrado através de regime disciplinar rigoroso; com interações realizadas de forma coercitiva – mesmo que não sejam involuntárias –; e que condicionam o destino do egresso vinculado à instituição (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 44).

CTs e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)

As pesquisas apresentam diferentes visões sobre a relação entre o modelo de cuidado das CTs e os princípios da RPB. Diversos estudos afirmam que as CTs tem origem em movimentos de reforma da assistência psiquiátrica na Europa e nos EUA, contrapondo-se ao modelo dos tradicionais hospitais psiquiátricos (FISCHER, 2004; PERRONE, 2014a; RAMOS, 2018; SCHLEMPER JUNIOR, 2018; SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, 2013). Um estudo discute que existe grande aproximação entre as bases conceituais da RPB e das CTs, como: cuidado em “rede de serviços”; “superação do paradigma da clínica”; “ampliação do conceito de saúde”; o “modelo psicossocial”, dentre outros, contribuindo para a desinstitucionalização através da ressocialização dos indivíduos (PERRONE, 2014a, pp. 575–576). Apesar de constatar divergências entre os modelos, (SILVA, M. A. R. Da, 2013) afirma que a horizontalização das decisões, participação ativa do usuário e sua família, desburocratização e atenção psicossocial são características que aproximam as CTs da RPB. (SCHLEMPER JUNIOR, 2018) também considera que princípios como horizontalização das decisões, alteridade nas relações e autonomia do usuário compõem o modelo de cuidado destes serviços. As CTs ainda são citadas como serviços substitutivos ao tratamento manicomial, assim como a “unidade básica de saúde, o hospital dia, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os centros de atenção psicossocial” (SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, 2013, p. 476).

Outras pesquisas se contrapõem a esta visão, afirmando que o modelo adotado atualmente pelas CTs brasileiras está muito distante daquele proposto na Inglaterra na década de 1940 (IPEA, 2017; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a). Pesquisas apontam que o modelo assistencial das CTs no Brasil utiliza práticas semelhantes àquelas empregadas “nos antigos asilos, colônias e reformatórios do início do século XX” (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015) (p. 1243), como a visão depreciativa sobre os usuários de drogas, a internação como forma de higiene social, a laborterapia como prática disciplinar e a capacidade para o trabalho utilizada como critério de normalidade. As CTs são associadas a um modelo de tratamento asilar e de privação de liberdade (BASTOS; ALBERTI, 2021), com características institucionalizantes (PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020), em parte assemelhando-se aos tradicionais manicômios (BARDI, 2019; DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020). O

tratamento de base moral é relacionado àquele adotado por Phillip Pinel e outros psiquiatras no século XIX (BARCELOS *et al.*, 2021; BLEICHER; VIANA, 2012; RAMOS, 2018; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a). Afirma-se que o isolamento social e o distanciamento das relações, dentre outras características das CTs “não estão de acordo com as leis que consolidam os direitos dos portadores de transtornos mentais no Brasil” (BADAGNAN; BRITO; VENTURA, 2013, p. 37) (p. 37). A inclusão das CTs na atual política de saúde é compreendida como um retrocesso das práticas antimanicomias e antiproibicionistas (GALINDO; MOURA; PIMENTÉLMÉLLO, 2017; ROSSI; TUCCI, 2020), em “desacordo com as políticas de saúde mental já consolidadas” (RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015) (p. 522) e “na contramão dos ideais do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro” (SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017) (p. 14). Apesar de haver “algo de psicossocial do modelo das CTs” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 27) (p. 27), a autora identifica marcantes diferenças entre as técnicas utilizadas nas CTs e aquelas previstas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A relação das CTs com os demais serviços da rede de atenção é abordada em diversos estudos. No entanto, apenas um artigo tomou este tema de forma central, com o objetivo de “analisar o atual relacionamento entre as comunidades terapêuticas com os serviços de saúde do SUS” (SILVA, I. F. C. E *et al.*, 2015). Identificaram que as CTs fazem um uso constante de serviços do SUS, através de consultas ambulatoriais, procedimentos e atendimentos de urgência e emergência na Rede, mas não discute a articulação dos serviços em torno dos projetos terapêuticos dos usuários. Destacam que também são feitos encaminhamentos de CTs para os CAPS, mas que a referência dos CAPS para as CTs se dão com menos frequência. Por outro lado, registra que os encaminhamentos para a Rede de Saúde se dão principalmente para prescrição medicamentosa, sugerindo um “reforço à cultura de medicalização” (SILVA, S. L. V. Da; FROTA; SILVA, M. A. L. Da, 2017, p. 18). Também há registro de CTs que evitam fazer encaminhamentos para os CAPS por receio da introdução de tratamento medicamentoso, substituindo “uma droga por outra” (SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018, p. 330). Outros estudos também identificam que as CTs fazem uso constante da rede SUS, especialmente unidades básicas de saúde e serviços de urgência, mas com menor relação com os CAPS ou a RAPS (CAVALCANTE; BOMBARDELLI; ALMEIDA, 2016; SILVA, L. G.

Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017) observam que profissionais de uma CT veem a redução de danos, ofertada pelos CAPSad, como um tratamento de baixa qualidade, que mantém o indivíduo em uma situação de dependência das drogas, justificando o não encaminhamento para estes serviços.

Fiscalização e Adequação

Diante da constatação de diferentes problemas no funcionamento das CTs brasileiras, diversas pesquisas citam a necessidade de adequação destes serviços, através de investimentos em fiscalização, pesquisas ou formação profissional (PAULA JUNIOR; CRUZ, A. R., 2017; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a; SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014, 2015). Afirma-se que alguns serviços não deveriam ser chamadas de CTs, pois não cumprem um padrão mínimo de funcionamento (FISCHER, 2004; PERRONE, 2014a). Muitas pesquisas, mesmo as que não tomam os temas da fiscalização ou adequação como objetos, abordam em algum momento a importância de fiscalizar a adequar, como forma de qualificar e superar denúncias relacionadas a estes serviços.

O principal mecanismo de fiscalização destacado pelas pesquisas são aqueles definidos pelas normas da Vigilância Sanitária (VISA). A presença de alvará sanitário é muito variável, com estudos registrando a maioria das CTs com alvará ou em processo de emissão (CAVALCANTE; BOMBARDELLI; ALMEIDA, 2016; SILVA, M. A. R. Da, 2013). Uma pesquisa constata que as CTs em situação de regularidade com as normas da VISA apresentam equipes com maior número de trabalhadores, presença de equipe multiprofissional, menor quantidade de leitos e um menor índice de desistência entre os internos (SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). A ausência de fiscalização regular é apontada como uma das causas de condições precárias nas CTs (BARDI, 2019).

No entanto, também se registra a insuficiência das normas da VISA para as fiscalizações (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a; VICENTINI, 2011). Uma pesquisa destaca que as adequações realizadas a partir das normativas atuais são predominantemente na estrutura física e contratação de profissionais, não abordando o modelo assistencial (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016). Propõe-se incorporar princípios da bioética social à formação de profissionais e processos de inspeção da VISA (SCHLEMPER JUNIOR, 2017), bem como ampliar instrumentos

de inspeção para verificação de fluxos e processos assistências de forma regular (CAVALCANTE; BOMBARDELLI; ALMEIDA, 2016). Critérios propostos por Georges De Leon, referente ao modelo e métodos dos CTs (LEON G., DE, 2008), são utilizados como indicadores de qualidade em diferentes pesquisas (FISCHER, 2004; GÓMEZ-RESTREPO *et al.*, 2017; GÓMEZ RESTREPO *et al.*, 2018; MCBRIDE *et al.*, 2018).

A incorporação de profissionais técnicos da área da saúde é associada à melhora da assistência e funcionamento geral do serviço. Em um relato de experiência que analisa a inclusão de uma equipe técnica interdisciplinar em uma CT, com a participação de profissionais da psicologia, medicina, enfermagem, fonoaudiologia e serviço social (HECKERT *et al.*, 2004), os autores relatam melhora da assistência associada a utilização de critérios clínicos para admissão a acompanhamento dos usuários, destacando melhores resultados com o envolvimento de profissionais cristãos, entendido como “essencial para preservar a identidade das instituições confessionais e a centralidade da utilização das possibilidades da fé” (HECKERT *et al.*, 2004, p. 16). Em projeto de aprimoramento de 83 CTs em estado do sul do Brasil, observou-se que a minoria possuía profissionais técnicos, como psicólogos, enfermeiros ou assistentes sociais, considerando um fator de qualidade da assistência (MCBRIDE *et al.*, 2018). Em comparação com outros países da América Latina, observou-se que CTs brasileiras possuem menor presença de profissionais da medicina, psicologia e enfermagem (GÓMEZ-RESTREPO *et al.*, 2017), bem como maior déficit de formação específica para os monitores destes serviços (GÓMEZ RESTREPO *et al.*, 2018). Uma pesquisa destaca o desconforto de dirigentes de CT com a obrigatoriedade de profissionais da saúde no serviço (VICENTINI, 2011).

Pesquisa do IPEA destaca cinco características do processo de adequação das CTs: capacitações; participação em entidades corporativas; aumento de profissionais técnicos contratados; medicalização, com incorporação de medicamentos e saberes do campo médico/psicológico; e produção e acúmulo de dados internos (IPEA, 2017, p. 35). O protagonismo de entidades corporativas na definição de parâmetros mínimos de funcionamento, padronização e capacitação de profissionais e gestores destes serviços é destacado por diversas pesquisas, sendo

a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT⁶) a mais citada (FOSSI; GUARESCHI, 2015; IPEA, 2017; MELO; CORRADI-WEBSTER, 2018; PERRONE, 2014a). As pesquisas também apontam que a adequação às normas da VISA – ou outros parâmetros definidos localmente – é uma condição necessária para acesso ao financiamento público (MCBRIDE *et al.*, 2018; SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). Outros estudos destacam que as CTs de maior vinculação religiosa apresentam mais dificuldades de adequação (VICENTINI, 2011), destacando o proselitismo como um dos maiores desafios ao aprimoramento destes serviços (MCBRIDE *et al.*, 2018).

Resultados do Tratamento

Muitas pesquisas constataam resultados positivos do tratamento ofertado, considerando que o mesmo “colabora para a recuperação do usuário de drogas psicoativas de maneira geral”(BARBOSA, D. *et al.*, 2020, p. 460). Usuários relatam satisfação com a nova vida e sua modificação interior(RAMOS, 2018), bem como satisfação com o tratamento (FISCHER, 2004). Observa-se que a terapia de mudança de identidade promove melhora do funcionamento psicológico com “desenvolvimento de recursos adaptativos mais maduros e socializados” (SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014, p. 167), mas com benefícios variáveis a depender da severidade do sofrimento psíquico do indivíduo. A reaproximação com a família e reinserção no mercado de trabalho são resultados apontados em diversos estudos, relacionados a ganhos de autonomia (BARBOSA, D. *et al.*, 2020; BARBOSA, D. V. S. *et al.*, 2016; RAMOS, 2018; SILVA, M. A. R. Da, 2013). O aprendizado de competências profissionais durante o internamento é um fator associado à melhora da reinserção profissional e garantia de renda(LIMA; MATA, DA, 2013; RAMOS, 2018). Mas também há registro de CTs que não preparam os internos para o mercado de trabalho (SOUZA, K. D. S. *et al.*, 2016). Uma inserção profissional frequentemente citada é a atuação na própria CT como Monitor, mantendo-se vinculado à instituição (BARBOSA, D. V. S. *et al.*, 2016; RAMOS, 2018; SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014, 2015).

⁶ <https://febract.org.br/portal/> (Acesso em 15/03/22)

Os familiares de pessoas internadas em CTs referem satisfação com o tratamento, destacando como qualidades a ausência do uso de medicações e os longos períodos de internamento (SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, 2013), referindo preferir o internamento nas CTs que em hospitais psiquiátricos (BARBOSA, D. *et al.*, 2020). Importante ressaltar que 88% das internações em CTs se dá por intermediação dos familiares (IPEA, 2017). Finalmente, os estudos também trazem outras avaliações positivas pelos próprios usuários, registradas como sentimento de acolhimento (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008), segurança e proteção (PAULA JUNIOR; CRUZ, A. R., 2017; RUI, 2010) ou mesmo um descanso do uso das drogas (PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020), relacionado aos cuidados ofertados pela CTs em momento de grandes rupturas, como aqueles que levam à procura de internamento (SCHNEIDER, 2011). O tratamento também é associado a “oferta de um objeto que alivia a angústia” do indivíduo (SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014) (p. 168). Muitos resultados positivos são associados ao papel da religião e da fé (BARBOSA, D. *et al.*, 2020; BARBOSA, D. V. S. *et al.*, 2016; DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020).

A manutenção da nova identidade após a alta, especialmente a abstinência, é um desafio. São frequentes os registros de reinternamentos pelo retorno do consumo de álcool ou outras drogas (GEHRING, 2014; IPEA, 2017), como “fenômeno da ‘porta giratória’” (PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020, p. 12). Manter o vínculo com grupos religiosos ou de autoajuda, voltados para os princípios das CTs, é apontado como fator de proteção contra o retorno do consumo após alta (BARBOSA, D. V. S. *et al.*, 2016; GEHRING, 2014; SILVA, M. A. R. Da, 2013). Uma pesquisa discute a importância do cuidado pós-alta – ou “aftercare” – ofertado por algumas CTs para manutenção do tratamento (FISCHER, 2004, p. 119). Outro estudo observa que 50% das CTs não realizam cuidado após alta, considerando como insuficiência destes serviços (SOUZA, K. D. S. *et al.*, 2016).

Por outro lado, pesquisas também afirmam que uma frequente consequência do tratamento é a produção de dependência institucional (MCBRIDE *et al.*, 2018; PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020; RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008), com afastamento dos indivíduos de suas redes de relacionamentos (COTTA; FERRARI, 2015), ruptura de trajetórias de vida (SCHNEIDER, 2011) e dificuldade de adaptação no retorno à vida cotidiana (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2018; ROSSI; TUCCI,

2020), compreendendo como um tratamento que gera dependência e negação da pessoa como “sujeito autônomo” (VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018, p. 373). Registra-se que as características assistências das CTs condicionam “fortemente o destino social do egresso, gerando, por vezes, reincidência ou construção de uma ‘carreira institucional’” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 53). O isolamento provocado pelo longo período de internação é apontado como causa de ruptura de laços sociais e afastamento da família (BARCELOS *et al.*, 2021; GEHRING, 2014; SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, 2013), bem como associado ao aumento da depressão entre os internos (BARBOSA, D. *et al.*, 2020).

A alta é referida como um momento de angustia e insegurança, tanto para o usuário como para a família (SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, 2013). Ex-internos relatam sentimentos de “vazio existencial” e “profunda solidão de ideais” fora das CTs (RAMOS, 2018, p. 61). (PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020) apontam para uma tensão entre acolhimento e alienação, ao discutir a presença de avaliações positivas dos usuários diante da institucionalização produzida pelo tratamento nas CTs. Também observa-se que o tratamento nas CTs leva a produção de estigma e preconceito para os usuários destes serviços, pois difunde uma visão moral e criminalizante sobre os mesmos (BADAGNAN; BRITO; VENTURA, 2013; VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018), dificultando ainda mais sua relação na sociedade.

O abandono das internações apresenta-se como uma importante consequência a ser registrada, que revela “o rigor do tratamento e sua inadequação em relação à parcela significativa dos que ingressam nas CTs” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 57). A alta evasão é apontada em diversas pesquisas (AGUIAR, 2014; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015; ROSSI; TUCCI, 2020), chegando até a 80% de desistência de usuários em alguns serviços pesquisados (SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018). Estudos associam o abandono do tratamento ao rigor excessivo, insatisfação com as regras institucionais ou à incompatibilidade da pessoa com o tratamento de abstinência e conversão (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; DUARTE; BARROS; CABRAL, 2020; GÓMEZ-RESTREPO *et al.*, 2017; GÓMEZ RESTREPO *et al.*, 2018; ROSSI; TUCCI, 2020). Uma pesquisa propõe a conclusão do tempo mínimo internamento como

indicador de eficácia do tratamento, considerando a desistência como insucesso terapêutico (GEHRING, 2014).

Considerações finais sobre a revisão na literatura

Entre os estudos selecionados, não identificamos outra pesquisa bibliográfica com a mesma abrangência de bases e período pesquisados, sugerindo que este estudo contribui para uma visão geral da pesquisa sobre as Comunidades Terapêuticas no Brasil, apresentando as principais questões colocadas pela comunidade científica para a assistência prestada por estes estabelecimentos. Como fragilidade do estudo, destacamos a busca de dados feita por somente um revisor.

O Working Paper sobre CTs no Brasil, financiado e publicado pela DSD/SSRC, com oito pesquisas originais sobre o tema (FIORE; RUI, 2021), não foi incluída neste estudo em virtude de sua publicação ter se dado após a realização desta pesquisa.

Além do que já foi apresentado e discutido nos tópicos anteriores, destacamos que os estudos trazem significativas convergências em seus achados, especialmente sobre as características gerais e métodos terapêuticos empregados nestes serviços. Apesar de constatarem grande heterogeneidade entre as CTs brasileiras, há elementos comuns que permitem traçar o perfil assistencial das mesmas. O ambiente físico é fundamental para o modelo de atenção destes serviços, viabilizando o isolamento social e o controle da rotina dos internos. A abordagem moral dos problemas com uso de substâncias psicoativas (SPAs) também é uma característica comum, estabelecendo critérios para definição do problema e das condutas terapêuticas, assemelhando-se a uma “clínica moral”, frequentemente baseada na moral cristã, como discutiremos no Capítulo III. O julgamento moral não aplica-se somente ao uso de SPAs, mas ao próprio comportamento dos indivíduos, definindo o que é entendido como moralmente adequado e que deve pautar a personalidade convertida. O uso de sanções é inerente ao modelo assistencial e recomendado pela literatura de referência, indicando uma naturalização das punições diante de comportamentos inadequados e uma íntima relação com os abusos e maus-tratos registrados nas inspeções interinstitucionais já citadas, ou observadas em nossa experiência.

Por outro lado, observamos importantes divergências nas pesquisas analisadas. Enquanto muitos artigos descrevem as CTs como estabelecimentos de

características asilares, outros trabalhos afirmam que seu modelo de cuidado está alinhado com a luta antimanicomial. Essa divergência também se evidencia nos estudos sobre os efeitos do tratamento nas CTs, que apesar de registrar diferentes resultados positivos, associados a ganhos de autonomia, apresenta muitos achados apontando para um modelo de atenção institucionalizante e produtor de dependência. O próprio conceito de autonomia apresentado em alguns artigos precisa ser debatido, pois também nos parece ser abordado a partir de uma concepção moral, já que considera autonomia a capacidade dos indivíduos de adequarem-se às regras e procedimentos da sociedade de consumo, conseguindo assim ser aceitos em determinados espaços. Isso, no entanto, é produzido a partir do empobrecimento das redes de conexões existenciais das pessoas, como discutido nos próximos capítulos.

A fiscalização e adequação das CTs são apontadas como ações necessárias para a superação dos problemas identificados em inspeções, mas também é apresentado como um processo de legitimação destes serviços para acesso a financiamento público, sem mudanças significativas em seu modelo assistencial. Percebemos que estas divergências expressam uma disputa de narrativa sobre o lugar e papel destes estabelecimentos na assistência às pessoas com problemas com o uso de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, do paradigma assistencial ofertado a estas pessoas, impactando na definição de políticas públicas e na disputa pelo financiamento do Estado. Entendemos que é necessário retomar discussões e princípios que fundamentaram o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, questionando se elementos como o tratamento de base moral ou o uso de punições são compatíveis com relações de cuidado sem domínio sobre o outro, centradas na singularidade de cada vida.

Finalmente, os achados descritos neste estudo abrem novas frentes de conversa e pesquisa sobre as CTs, que abordaremos nos capítulos seguintes. No entanto, não pretendo esgotar todas as frentes de debate neste documento, em virtude da grande abrangência do tema e dos interesses da pesquisa. Assim, nos próximos capítulos, aprofundo questões percebidas nesta revisão que dialoguem com os afetos cartografados no encontro com usuários, trabalhadores e serviços da rede de atenção psicossocial onde atuei nos últimos anos, enquanto sujeito implicado com

um cuidado centrado nas necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, bem como na defesa radical da singularidade de cada modo de vida.

Bibliografia do Capítulo I

- AGUIAR, A. L. V. de. (2014). *Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudos das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)*. UFRN.
- BADAGNAN, H. F., Brito, E. S. de, & VenTura, C. A. A. (2013). Reflexões Acerca das Comunidades Terapêuticas na Rede Comunitária de Saúde Mental do Brasil. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 2(2), 154–164.
- BARBOSA, D., GOMES, A., PAES, L., GOMES, M., & de PAULA, G. (2020). Drogas psicoativas: tratamento religioso e espiritual no contexto das Comunidades Terapêuticas. *Psicologia, Saúde & Doença*, 21(02), 456–461. <https://doi.org/10.15309/20psd210220>
- BARBOSA, D. V. S., RODRIGUES, D. R. da S., BATISTA, K. da S., PEREIRA, L. S., Pereira, R. A., & Branquinho, H. S. (2016). Reinserción en la familia, mercado de trabajo, y comunidad según la visión del egreso de comunidad terapéutica. *Revista San Gregorio*, 0(12), 37–43. <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i12.152>
- BARCELOS, K. R., WANDEKOKEN, K. D., DALBELLO-ARAUJO, M., & QUINTANILHA, B. C. (2021). A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. *Saúde em Debate*, 45(128), 130–140. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>
- BARDI, G. (2019). *Entre a “cruz” e a ‘caldeirinha’: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas*.
- BASTOS, A. D. de A., & ALBERTI, S. (2021). Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(1), 285–295. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>
- BLEICHER, T., & VIANA, T. de C. (2012). Continuidades e discontinuidades do tratamento moral em modelos de tratamento para toxicômanos. *Revista de Psicologia*, 3(1), 38–50.
- BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M., & BOARINI, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “Novas” perspectivas e propostas higienistas. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, 22(4), 1231–1248. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>
- BRASIL, M. da S. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Política Nacional de Saúde Mental*, 10–12. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- CARVALHO, B., & DIMENSTEIN, M. (2017). Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647–660. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- CAVALCANTE, L. D., BOMBARDELLI, M. E. D., & ALMEIDA, R. J. de. (2016). Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química. *Vigilância Sanitária em Debate*, 4(2), 44–50. <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00587>
- COTTA, M. S., & FERRARI, I. F. (2015). Comunidades Terapêuticas: uma invenção institucional para o tratamento da toxicomania. *Revista aSEPHallus de*

- Orientação Lacaniana*, 10(19), 04–15. <https://doi.org/10.17852/1809-709x.2019v10n19p04-15>
- De LEON, G. (2014). *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método* (5ª). Edições Loyola.
- DUARTE, M. V. G., BARROS, G. da S., & CABRAL, B. E. B. (2020). Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? *Saúde em Debate*, 44(127), 1151–1163. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012715>
- FIORE, M., & RUI, T. (2021). *Working Paper Series COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL*. <https://doi.org/10.35650/SSRC.2082.d.2021>
- FISCHER, A. (2004). *Dependência em substâncias psicoativas: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação*.
- FOSSI, L. B., & GUARESCHI, N. M. de F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94–115. <https://doi.org/10.12957/epp.2015.16062>
- GALINDO, D., MOURA, M., & PIMENTÉL-MÉLLO, R. (2017). Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. *Barbarói*, 2(50), 226–244. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.11239>
- GEHRING, M. R. (2014). *Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica*. Universidade Estadual Paulista.
- GÓMEZ-RESTREPO, C., MALDONADO, P., RODRÍGUEZ, N., RUIZ-GAVIRIA, R., ESCALANTE, M. Á., GÓMEZ, R. Á., de ARAUJO, M. R., de OLIVEIRA, A. C. S., RIVERA, J. S. C., GARCÍA, J. A. G., FERRAND, M. P., & BLITCHTEIN-WINICKI, D. (2017). Quality measurers of therapeutic communities for substance dependence: An international collaborative study survey in Latin America. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0129-y>
- GÓMEZ RESTREPO, C., MALDONADO, P., RODRÍGUEZ, N., RUIZ-GAVIRIA, R., ESCALANTE, M. Á., GÓMEZ, R. Á., ARAUJO, M. R. de, SCHMIDT de OLIVEIRA, A. C., CHÁVEZ RIVERA, J. S., GODÍNEZ GARCÍA, J. A., PIAZZA FERRAND, M., & BLITCHTEIN WINICKI, D. (2018). Therapeutic Communities In Latin America: An International Descriptive Study In Different Countries Across Latin America. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, 47(3), 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.05.001>
- HECKERT, U., CÉSAR, E. H. de M., HERINGER, A. C., SILVA, J. de M. F., OLIVEIRA, M. A. D., OLIVEIRA, H. G. N. de, SILVA, M. das G. G. da de F. da, SOUZA, S. M. D. de, SILVA, M. das G. G. da de F. da, OLIVEIRA, T. L. Z. de, TERRA, M. das G. M., & VIEIRA, J. C. D. (2004). Experiência de inclusão de equipe técnica em uma comunidade terapêutica de atendimento a dependentes químicos. *HU Revista*, 30(1), 15–16. http://www.ufjf.br/hurevista/files/2016/11/Ensino_Pesquisa_2016_11_10_16_56_55_239.pdf
- IPEA, I. de P. E. A. (2017). Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. *Diretoria de Estudos e Políticas do Estado das Instituições e da Democracia Diest*, 21,

45. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. (2020). JBI Reviewer ' s Manual. *The Joanna Briggs Institute, March*, 32. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- LIMA, M. E. A., & da MATA, C. C. (2013). Work as a therapeutic resource: Case study of a rehabilitation community for persons with chemical dependency. *Work*, 45(4), 529–535. <https://doi.org/10.3233/WOR-131639>
- LONGO, M. A. T. (2015). A Dependência de Substâncias Psicoativas na Perspectiva da Comunidade Terapêutica. *Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saude*, 17(4), 286–291. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=115858971&site=eds-live>
- Mcbride, R. S., LEMOS, T., de SOUZA, M. de L., & GOULÃO, J. C. B. (2018). Therapeutic communities in Santa Catarina, Brazil. *Therapeutic Communities*, 39(4), 162–170. <https://doi.org/10.1108/TC-05-2018-0015>
- MELO, M. C., & CORRADI-WEBSTER, C. M. (2016). Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas. *Athenea Digital*, 16(3), 379–399. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>
- MELO, M. C., & CORRADI-WEBSTER, C. M. (2018). SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE A INTERNAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COM PESSOAS EM TRATAMENTO POR USO DE DROGAS. *Psicologia em Estudo*, 23, 1–16. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e37614>
- OLIVEIRA Júnior, H. P. de. (2020). Platôs “em clausura”: as relações do corpo de homens internados em uma comunidade terapêutica. *Revista De Psicologia Da Unesp*, 19(1), 115–122. <https://doi.org/10.5935/1984-9044.20200008>
- PACHECO, A. L., & SCISLESKI, A. (2013). Vivências em uma comunidade terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 165–173.
- PAULA JUNIOR, G. V. de, & CRUZ, A. R. (2017). Problemas interpessoais em comunidade terapêutica: um estudo exploratório. *Pesqui. prá. psicossociais*, 12(2), 388–404. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200011
- PERRONE, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(2), 569–580. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- PINHEIRO, C. M., & de TORRENTÉ, M. N. (2020). Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). *Saude e Sociedade*, 29(2), 255–269. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190301>
- PSICOLOGIA, C. F. de. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 200. www.cfp.org.br
- PSICOLOGIA, C. F. de, TORTURA, M. N. de P. e C. à, CIDADÃO, P. F. dos D. do, & MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. (2018). Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. In M. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tws.2012.02.007>

- RAMOS, F. de S. (2018). *A reinserção do dependente químico no mercado de trabalho: o caso da Comunidade Terapêutica Ave Cristo*. Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília.
- RAUPP, L. M., & MILNITISKY-SAPIRO, C. (2008). A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade Terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 361–368. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722008000300013>
- RIBEIRO, F. M. L., & MINAYO, M. C. de S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, 19(54), 515–526. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- ROSSI, C. C. S., & TUCCI, A. M. (2020). Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua TT - Acceso al tratamiento para adictos al crack en situación de calle TT - Access to drug dependence treatment by crack addicts living on the street. *Psicol. soc. (Online)*, 32, e170161–e170161. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0102-71822020000100200
- RUI, T. (2010). A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica. *DILEMAS: Revista de estudos de controle e conflito social*, 3(8), 45–73.
- SANTOS, M. P. G. dos. (2018). *Comunidades terapêuticas temas para reflexão* (Maria Paula Gomes dos Santos Rio (org.)). IPEA.
- SCADUTO, A. A., BARBIERI, V., & SANTOS, M. A. dos. (2014). Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. *Psicologia - Teoria e Prática*, 16(2), 156–171. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p156-171>
- SCADUTO, A. A., BARBIERI, V., & SANTOS, M. A. dos. (2015). Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 781–796. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000792013>
- SCHLEMPER JUNIOR, B. R. (2017). Referência para vigilância sanitária em comunidades terapêuticas. *Rev. bioét. (Impr.)*, 25(3), 462–472. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253203>
- SCHLEMPER JUNIOR, B. R. (2018). Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. *Revista Bioética*, 26(1), 47–57. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261225>
- SCHNEIDER, J. (2011). Experiências de ruptura de usuários de drogas. *Sociedade e Cultura*, 14(2), 311–320. <https://doi.org/10.5216/sec.v14i2.17607>
- SILVA, G. G. da, PINTO, M. R., & MACHINESKI, G. G. (2013). Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em Comunidade Terapêutica. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 475–481. <https://doi.org/10.5380/ce.v18i3.33558>
- SILVA, L. G. da, TÓFOLI, L. F., & CALHEIROS, P. R. V. (2018). Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 325–333.

<https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180031>

- SILVA, M. A. R. da. (2013). COMUNIDADE TERAPÊUTICA: NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA? [Universidade Federal de Santa Catarina]. In *Journal of Petrology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003><https://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12.018><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005><http://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757>
- SILVA, S. L. V. da, FROTA, F. H. da S., & SILVA, M. A. L. da. (2017). Análise do Funcionamento de Comunidades Terapêuticas na Perspectiva da Política Nacional Sobre Drogas. *Conhecer: debate entre o público e o privado*, 7(18), 5–22. <https://doi.org/10.32335/2238-0426.2017.7.18.320>
- SILVA, I. F. C. e, SOUZA, K. D. S., BATISTA, S. H. R., & ALMEIDA, R. J. de. (2015). Serviços de Saúde e Comunidades Terapêuticas: Há uma relação em prol do dependente químico? *Saúde e Pesquisa*, 8(3), 533–540. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2015v8n3p533-540>
- SOUZA, K. D. S., SILVA, I. F. C. e, BATISTA, S. H. R., & ALMEIDA, R. J. de. (2016). Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 12(3), 171. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i3p171-177>
- TEIXEIRA, C. P. (2016). O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico. *Religião & Sociedade*, 36(2), 107–134. <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>
- TEIXEIRA, M. B., RAMÔA, M. de L., ENGSTROM, E., & RIBEIRO, J. M. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: Análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1455–1466. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>
- VASCONCELOS, M. P. N., PAIVA, F. S. De, & VECCHIA, M. D. (2018). *O Cuidado aos Usuários de Drogas: entre Normalização e Drug Users ' Health Care: between Normalization and Denial of Autonomy O Cuidado aos Usuários de Drogas*. 11(2), 363–381.
- VICENTINI, N. E. (2011). *Drogas & Vida: a alteração (des)controlada pelos dispositivos biopolíticos*. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO.

CAPÍTULO II- USUÁRIOS-CIDADÃOS COMO GUIAS PELAS CTs

Como citado na Introdução desta tese, a pesquisa desenvolvida neste capítulo parte diretamente da experiência do primeiro autor deste texto em uma rede de atenção a pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas. Atuando entre 2014 e os primeiros meses de 2020 em um Centro de Atenção Psicossocial “álcool e outras drogas” (CAPSad) de característica docente-assistencial⁷, localizado na cidade de Salvador, Bahia, nos deparamos com uma importante presença das Comunidades Terapêuticas (CTs) nas trajetórias assistenciais de diversos usuários⁸ acompanhados no serviço. Também trazemos como experiência disparadora para este estudo, a participação, do mesmo autor, na formulação de políticas públicas como membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado da Bahia, de 2016 a 2018, acompanhando o esforço desta entidade na construção de critérios e mecanismos para fiscalização e certificação das CTs no âmbito estadual (Bahia, 2018), realizando e acompanhando resultados de inspeções às mesmas, bem como a elaboração de ofertas de formação para os profissionais das CTs no estado.

A denominação “Comunidade Terapêutica” surge na Inglaterra, na década de 1940, através de serviços voltados para pessoas com problemas tratados pela psiquiatria, como uma tentativa de reforma do sistema hospitalar tradicional, visando um tratamento mais democrático e com mais proximidade entre terapeutas e internos. Na década de 1960, crescem, nos Estados Unidos, programas de Comunidades Terapêuticas exclusivos para pessoas com problemas com álcool e outras drogas, popularizando as CTs como serviço especializado no tratamento desta clientela (De Leon G., 2008). No Brasil, as primeiras CTs também surgem na década de 1960, com uma significativa expansão destes serviços ao final da década de 1990 e início dos anos 2000. Segundo pesquisa do IPEA, das 1.950 CTs pesquisadas em 2016, 38,2% foram fundadas a partir de 2006, enquanto 79% começaram a funcionar a partir de 1996 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017).

⁷ Serviço vinculado à Universidade Federal da Bahia, inserido na rede local de saúde. Realiza assistência à população bem como atividades docentes para alunos de graduação e pós-graduação de diferentes cursos da área da saúde. Oferta atividades de capacitação para a rede de atenção intersetorial às pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas no estado, através de parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

⁸ Utilizamos o termo “usuário” de serviços, enquanto cidadão de direitos, como referência às pessoas que buscam assistência nas redes de atenção. Ministério da Saúde do Brasil. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª Ed. (Brasília: Ministério da Saúde, 2007), 1-9.

As CTs brasileiras têm sido alvo de diversas denúncias de desrespeito e maus-tratos a usuários assistidos por estes serviços, registradas em inspeções (Conselho Federal de Psicologia (BR), 2011; Conselho Federal de Psicologia (BR) et al., 2018) ou na imprensa (MNPCT et al., 2020). Na experiência do CEPAD/BA também constatamos problemas semelhantes em algumas CTs do estado, através de denúncias ou inspeções. No cotidiano do CAPSad, percebemos a tensão entre a necessidade dos serviços ofertados pelas CTs e a dificuldade de muitos usuários sustentarem a internação, diante de situações descritas pelos mesmos como de abusos e desrespeito. Além de relatos de violência física sofrida por usuários em alguns estabelecimentos⁹, o rigoroso regime disciplinar era apresentado de forma opressiva, com a obrigação de seguir a rotina cotidiana, participar de atividades religiosas ou realizar trabalhos manuais, sofrendo diferentes punições em caso de recusas. As restrições à liberdade de contato com familiares e visitas também eram relatadas. Com isso, muitos usuários não conseguiam sustentar a internação, abandonando a CT em dias ou semanas, retornando à condição de vulnerabilidade. Por outro lado, entre os que conseguiam seguir o tratamento nas CTs, não eram incomuns situações onde percebíamos usuários que se distanciavam de outros serviços e de suas próprias relações afetivas. Enxergávamos estas situações como barreiras ao cuidado destes indivíduos, pois tanto limitavam o acesso a serviços buscados na própria CT – com as desistências dos internos – como restringiam as conexões dos usuários com suas redes de relações.

Tomamos o conceito de “acesso como barreira” (Merhy et al., 2012), buscando interrogar a qualidade do que foi acessado e o cuidado produzido. Compreendemos que um acesso qualificado implica em um cuidado centrado no usuário e suas necessidades, capaz de aliviar o sofrimento, mas também ampliar suas redes de conexões, aumentando sua capacidade para lidar com as adversidades da vida (Merhy et al., 2016). Compreende-se que cuidar é comprometer-se com o indivíduo e suas singularidades. Envolve ações de apoio/suporte aos diferentes modos de estar no mundo, construindo conexões que aumentem as potencialidades de cada um, muito além de doenças ou diagnósticos (Feuerwerker, 2016). Trata-se de acesso a cuidados construídos com o outro e a partir do outro, pautado pelo

⁹ Utilizamos o termo conforme nomenclatura do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde.

encontro vivo em ato entre trabalhador e usuário (Merhy, 2002b). No entanto, muitas condutas assistenciais subordinam desejos e projetos dos usuários a ações assistenciais serializantes, limitando, em maior ou menor grau, a participação do outro, suas visões de mundo e escolhas terapêuticas, sendo esta a “causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população” (Silva Jr et al, 2003, 124).

Assim, compreendendo as CTs como parte da mesma rede de atenção às pessoas acompanhadas pelo CAPSad, nos questionávamos sobre a participação destes serviços nos distintos projetos terapêuticos dos usuários: quais acessos/serviços estes usuários buscavam nas CTs como parte da sua rede de cuidados? O que vínhamos percebendo como barreiras ao cuidado, de fato se apresentavam desta forma para os usuários? O acesso era produtor de mais conexões ou barreiras? Para responder a estas questões, conduzimos um estudo a partir das trajetórias de cuidado de usuárias e usuários acompanhados pelo CAPSad e por CTs da rede em questão, com o objetivo de analisar a produção do cuidado ofertado por estas CTs e os possíveis mecanismos de barreira à este cuidado.

Caminhos percorridos na pesquisa¹⁰

Na construção desta pesquisa tomamos o conceito-ferramenta “usuário-guia” como um recurso metodológico, desenvolvido e utilizado em outras pesquisas sobre acesso e barreira a cuidados em saúde (Gomes & Merhy, 2014). Para além de ser considerado como um “caso de alta complexidade para a rede de cuidado, que tem como consequência o fato de ser um grande utilizador das redes em oferta” (Gomes & Merhy, 2014, p. 13), o usuário-guia é uma aposta ético-metodológica que busca deslocar o olhar do pesquisador para a perspectiva do usuário (Seixas et al., 2019), compreendendo que é a partir do seu olhar que devemos nos guiar através das redes e experiências que ampliam ou limitam seus projetos de vida. Na busca destas trajetórias de vida e cuidados, assumimos a postura de cartógrafos de “paisagens psicossociais” (Rolnik, 2007, 65), recolhendo não somente os acontecimentos, mas também seus efeitos subjetivos, mobilizações e afetos, “tudo

¹⁰ Agradecemos à professora Kathleen Tereza da Cruz e ao coletivo da disciplina “Estudos Avançados em Redes Comunitárias na Saúde” – 2020.2, do Programa EICOS/UFRJ, pelas relevantes contribuições na construção deste texto, a partir das discussões realizadas sobre os projetos de pesquisa.

que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido” (Rolnik, 2007, 65) para a investigação.

Optamos por identificar os usuários-guia a partir do CAPSad da UFBA, onde surgiram nossas primeiras mobilizações e questionamentos. Dentre as funções dos Centros de Atenção Psicossocial, está o papel de “organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (Brasil, 2002), apresentando-se como um lugar privilegiado para observação da rede de atenção onde está inserido. Além disso, na perspectiva cartográfica, a vivência do primeiro autor neste serviço abre espaço para o recolhimento de experiências – enquanto aquilo que nos passa, nos acontece, nos forma e transforma (Bondía, 2002) – junto aos usuários-guia, conformando-se como mais uma fonte de informação, colhidos através de registro em diário cartográfico (Slomp Junior et al., 2020).

Assim, entre julho e agosto de 2020, selecionamos, junto com a equipe do CAPSad, cinco usuários-guia, tendo como critérios o histórico de ao menos um internamento em CT durante o período de acompanhamento no CAPSad e ser maior de 18 anos. A pandemia de COVID-19 interferiu no processo de seleção, pois excluiu possíveis candidatos em virtude das dificuldades de contato e de deslocamento no período. Recolhendo narrativas de distintas fontes – prontuários e entrevistas com profissionais e usuários-guia – buscamos cartografar não somente seus itinerários terapêuticos (Alves e Souza, 1999), mas as diversas conexões que estes usuários vão produzindo nas suas vidas, as quais também os produzem enquanto indivíduos.

Além dos cinco usuários-guia, foram entrevistados, individualmente, cinco profissionais do CAPSad envolvidos nas trajetórias de cuidado dos usuários selecionados. Outros seis profissionais agregaram-se à entrevista coletiva, com foco na relação CAPSad-CT. Não foram entrevistados profissionais de outros serviços da rede. As entrevistas foram realizadas no espaço físico do CAPSad ou em visita domiciliar a usuários, respeitando os protocolos sanitários locais de proteção na pandemia. A entrevista coletiva com profissionais do CAPSad foi realizada à distância, com uso de plataforma digital. Além da narrativa de cada ator sobre a trajetória assistencial, o cuidado e a história de vida dos usuários-guia, as entrevistas convidavam a falar sobre a relação estabelecida com as CTs, durante as internações.

Na fase exploratória (Minayo, 2004) buscamos a literatura disponível sobre CT, orientando a investigação e análise do material recolhido, buscando correlacionar os achados de campo com os registros na literatura. Para tanto, realizamos uma revisão bibliográfica descrita no Capítulo I desta tese. Na análise dos itinerários, trabalhamos com a ferramenta “Fluxograma Analisador” (Merhy, 2002a), favorecendo visualização da rede, processos decisórios e interrupções de fluxos. A partir da literatura e de encontros no campo da pesquisa, elegemos analisadores (Barembliit, 1992) que permitissem evidenciar elementos relacionados ao cuidado em saúde e situações de acesso e barreira ao mesmo, buscando conformar um mapa analítico destes elementos. Após breve descrição dos usuários-guia, apresentamos nossos resultados e discussão a partir dos seguintes analisadores: Motivações para a internação; Tratamento de conversão; “Me senti maltratada”; Conexões existenciais; e Relação CAPSad-CT.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (FMB/UFBA) em maio de 2020, CAAE: 31511720.8.0000.5577.

Usuários-Guia

Utilizando nomes fictícios, apresentamos um recorte das histórias dos usuários-guia desta pesquisa.

Aruana^{11,12} tem 35 anos, é uma mulher negra natural de Salvador-BA. Relatou os primeiros abusos sexuais cometidos por seu padrasto quando tinha por volta de nove anos de idade. Disse que sua mãe não acreditava em suas denúncias, por isso saiu definitivamente de casa aos 12 anos e foi viver nas ruas, onde começou a fazer uso de álcool, crack e prostituir-se. Frequentou diversos serviços buscando cuidados, como o Projeto Axé¹³ - onde aprendeu a dançar – e o CETAD-UFBA¹⁴,

¹¹ Aruana - Nome indígena brasileiro associado ao gênero feminino, que significa “Sentinela” (<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>).

¹² Por sugestão da própria Aruana, também colhemos informações de sua história de vida em outra pesquisa que a mesma participou: Patrícia Maia Von Flach. *Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia*. Tese (doutorado), Universidade Federal da Bahia (Salvador, 2019), 177-183.

¹³ Organização não governamental sem fins lucrativos, fundada em 1990, voltada para a “defesa e proteção à criança e ao adolescente”. Acessado em 30 de novembro de 2020, <http://www.projetoaxe.org/brasil/>

onde iniciou acompanhamento clínico, aos 14 anos. Envolveu-se com o tráfico e, mais uma vez, sofreu na relação com os homens. “A usuária [de drogas] é escrava do homem”, disse, ao falar da situação das mulheres nas ruas. Contou que sua única proteção era sua faca, que precisava “se impor” para ter respeito e não sofrer abusos. Durante alguns anos estabeleceu um relacionamento com uma mulher mais velha, com quem conviveu, trazendo boas lembranças. Com o tempo, reaproximou-se de sua mãe, com quem mantém contato e solicita ajuda eventualmente. Frequentou outros serviços relacionados ao problema do consumo de drogas: o Programa Corra para o Abraço¹⁵; duas internações em CTs; e o CAPSad da UFBA. Em 2016 começou a atuar no Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) e na Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA). Disse que passou a ter consciência de seus Direitos e de como brigar por eles “sem ser na violência”. Passou a afirmar sua identidade de “maloqueira” e a defesa de seus colegas de vida e de rua. Sofreu a morte de três pessoas muito queridas nos últimos anos – a última, no início da pandemia – entrando em novos períodos de alto consumo de drogas e desorganização da vida, passando por nova internação em CT no período. No momento da entrevista Aruana residia em um abrigo, mas nos encontrou no CAPSad para uma conversa.

Piatã¹⁶ é um homem negro de 38 anos. Cresceu em uma comunidade pobre da cidade. Na adolescência, começou a realizar furtos e posteriormente assaltos à mão armada. Com o tempo, afastou-se da família até passar a viver nas ruas, com dificuldade de controlar o consumo de crack e de cocaína. Passou por internações em três diferentes CTs, abandonando o tratamento em todas elas. Fala, com alguma mágoa, que amigos e família lhe “viraram as costas” pelas escolhas que fez na vida, tendo que “batalhar sozinho” para superar a “dependência”. No entanto, mantém atualmente boa relação com a família, morando próximo a vários familiares no bairro

¹⁴ Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas – Universidade Federal da Bahia. Acessado em 28 de novembro de 2020, <http://www.cetadobserva.ufba.br>

¹⁵ Iniciativa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Governo do Estado da Bahia. “Tem como objetivo promover cidadania e garantir direitos de pessoas que fazem uso abusivo de drogas em contextos de vulnerabilidade, ou afetadas por problemas relacionados a criminalização das drogas, baseado nas estratégias de Redução de Danos físicas e sociais, aproximando seus beneficiários das políticas públicas existentes.” Acessado em 28 de novembro de 2020. <http://www.corraproabraco.wordpress.com/>

¹⁶ Piatã – Nome indígena brasileiro associado ao gênero masculino, que significa “Pedra dura” ou “Homem forte” (<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>).

onde cresceu. É descrito pelos profissionais como uma pessoa tranquila. Em 2014, ao realizar um assalto, foi ferido por arma de fogo no braço e preso. Após esse incidente, recebeu assistência jurídica do Programa Corra para o Abraço, vinculando-se ao mesmo. A lesão no braço transformou-se em uma osteomielite, que passou a ser um motivo para constante busca por assistência. Retomou o relacionamento com uma antiga companheira, referindo que “ficou muito bem” neste período. Em 2018, viveu um rompimento traumático dessa relação. “Aquilo descarrilou em cima de mim...”, contou, levando-o novamente às ruas e a um consumo intenso de drogas. Ao sair da CT, conseguiu trabalho no seu bairro fazendo “bicos” de barbeiro e pedreiro, onde também conheceu sua atual companheira. Recebeu-nos para entrevista em sua casa, que exibiu com orgulho, bonita e bem cuidada.

Potira¹⁷ é uma mulher negra de 54 anos. Cresceu em uma situação de grande pobreza, com história de muita violência na infância. Também na infância iniciou o uso de álcool, trabalhando no bar de propriedade de sua família. Ao longo da vida relacionou-se com diferentes homens, com os quais teve seis filhos. A relação com a maternidade sempre foi uma grande dificuldade para Potira, levando-a a entregar todos os filhos para o cuidado de outras pessoas. A filha caçula é a única com quem conviveu mais tempo, por oito anos, mas acabou entregando-a ao Conselho Tutelar em uma de suas crises, sendo adotada posteriormente. Apesar das adoções, Potira sempre manteve algum contato com todos os filhos ao longo de sua vida, pois conhecia as pessoas que os criavam. Além do consumo do álcool – e eventualmente de crack – Potira apresentava frequentes episódios de agitação e discurso suicida, o que a levava a ser internada em hospitais psiquiátricos, recebendo diferentes diagnósticos. Sofreu muito com a morte de seu último companheiro, por um atropelamento. Também perdeu dois de seus filhos mais velhos, assassinados. Chegou ao CAPSad da UFBA em 2012. Vivenciou diversas internações em CT, em estabelecimentos localizados em Aracaju-Sergipe, Conceição do Coité-Bahia, Salvador-Bahia, Itaparica-Bahia e Feira de Santana-Bahia, geralmente associadas a situações de crises. Durante uma internação, um de seus filhos vendeu sua casa e fugiu com o dinheiro, provocando um longo período de luto. Em 2018 entrou no

¹⁷ Potira – Nome indígena brasileiro associado ao gênero feminino, que significa “flor”. (<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>).

Programa de Intensificação de Cuidados (PIC)¹⁸, ajudando-a a reaproximar-se dos filhos que estavam vivos. Encontramos-nos para a entrevista no abrigo em que reside atualmente.

Taiguara¹⁹ tem 44 anos, é um home negro que cresceu no centro histórico da cidade, mudando-se na década de 1990, após sua família receber indenização do governo do estado para deixar o casarão onde residiam. No entanto, Taiguara permaneceu vinculado à região do centro, vivendo nas ruas e voltando para casa eventualmente. “Sou nascido e criado no Pelourinho. Daqui não saio, daqui ninguém me tira”, contou. Nas ruas, envolveu-se cada vez mais com o uso de drogas, pequenos furtos e o tráfico. Com o tempo, foi proibido de acessar o bairro onde sua mãe reside, por proibição do tráfico local, vinculado a uma facção inimiga. Chego ao CAPSad, em 2013, ainda residindo nas ruas do centro. Em sua história de acompanhamento no serviço, apresentou diversos episódios de prisões por roubo ou tráfico de drogas, bem como muitos registros de atendimentos médicos secundários a traumas e episódios de violência. Em 2016 sofreu uma tentativa de assassinato, ficando internado em hospital geral e posteriormente em uma CT, saindo de alta sem sequelas. Seu gosto por música o levou a envolver-se com uma banda de percussão, que não teve seguimento. Também manteve acompanhamento no Programa Corra para o Abraço, participando de uma formação para redutores de danos. Segue vivendo nas ruas do centro da cidade, envolvido com pequenos crimes e frequentando os serviços para atendimento de demandas eventuais, em geral da clínica médica, serviço social e apoio em questões jurídicas relacionadas aos processos legais que responde. Durante nossa pesquisa, estava residindo em um albergue, onde nos recebeu para a entrevista.

¹⁸ O Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) foi desenvolvido como mais uma oferta assistencial do CAPSad, tendo como foco usuários selecionados, considerados de maior gravidade, que demandassem acompanhamento intensivo, mas que sem sempre a equipe do serviço conseguia ofertar. Além dos profissionais do CAPSad, a equipe de intensificação era composta por estudantes de graduação da área da saúde que realizavam estágio curricular ou extracurricular no serviço, através de Projeto de Extensão, por períodos de no mínimo 6 meses, permitindo vinculação com cada usuário. O PIC do CAPSad foi inspirado por experiência desenvolvida na graduação do curso de psicologia (IP/UFBA) sob supervisão do Prof. Marcus Vinicius “Matraga” de Oliveira.

¹⁹ Taiguara – Nome indígena brasileiro associado ao gênero masculino, que significa “o liberto” ou “homem livre”. (<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>).

Iberê²⁰ é um homem negro de 32 anos. Iniciou acompanhamento no CAPSad ao final de 2019. Mora com sua mãe, que o acompanha em diversos atendimentos. Iberê conta que começou a fazer uso de drogas “há bastante tempo”, mas somente nos últimos anos “perdeu o controle”, usando principalmente crack e cocaína. O alto consumo levou Iberê a contrair dívidas frequentes, sofrendo agressões e ameaças de morte. Recentemente, ele e sua mãe mudaram de bairro por conta das ameaças do tráfico e para se afastar das “más influências”, mas no novo bairro, Iberê voltou a fazer uso de crack. A mãe diz que Iberê é “um menino tranquilo”, não se envolvendo com roubo ou tráfico, nem agindo agressivamente. Além do consumo de crack, apresentou nos últimos anos sintomas de agitação e delírios persecutórios, tendo passado por uma internação em hospital psiquiátrico antes de chegar ao CAPSad. Há 02 meses, já durante a pandemia, pediu para ser internado, pois estava “muito angustiado”. Conseguiu acesso a uma CT, mas só permaneceu no estabelecimento por trinta dias. Continua residindo na casa de sua mãe – onde nos recebeu para entrevista – realizando acompanhamento ambulatorial.

Motivações para a internação

Este foi um dos analisadores que primeiro surgiu no campo, apontando para distintos interesses dos usuários ao procurar as CTs.

Aruana conta que suas primeiras internações em CT ocorreram através de abordagem nas ruas, feita por equipes do próprio serviço. “Eu estava muito mal, sem me cuidar, sem tomar banho, usando muito... aí aceitei”, disse ela. Nas internações seguintes, a demanda surgiu da própria Aruana. “Foi igual das outras vezes. Eu tava na louca... Aí minha TR [Técnica de Referência] conseguiu uma vaga pra mim, pra eu dar um tempo.” Em menos de um ano retornou a esta CT pelo mesmo motivo, “dar um tempo” de uma situação crítica na sua vida, quando o uso estava excessivo e o autocuidado prejudicado. Sua última internação em CT, em 2020, ocorre após a morte de seu irmão, que a levou a um quadro de intenso sofrimento e consumo descontrolado de álcool e crack. Sobre as internações, fala claramente do interesse por cuidados gerais em momentos de fragilidade.

²⁰ Iberê – Nome indígena brasileiro associado ao gênero masculino, que significa “rio rasteiro” ou “rio que se arrasta”. (<https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>).

A segunda internação de Taiguara em CT ocorreu após o mesmo sofrer uma grave tentativa de assassinato com arma de fogo. Após internação hospitalar, em UTI e enfermaria, saiu de alta e foi encaminhado pela equipe do CAPSad, no mesmo dia, para uma CT. O objetivo principal era evitar que Taiguara retornasse para as ruas, garantindo abrigo e alimentação para uma pessoa convalescente, recuperando-se de cirurgia. Além disso, a equipe buscava protegê-lo de uma nova tentativa de assassinato, afastando-o do território por mais tempo, até a situação “esfriar”. Taiguara saiu da CT após “cinco meses e quinze dias”, por conta própria. “Quando achei que já estava bom eu saí. Até podia aguentar mais, mas achei que não precisava”, contou sobre sua decisão. “Mas não queriam me deixar sair, não, viu?! ‘Briguei’ pra sair!”, falando que precisou insistir muito para conseguir a alta.

Potira também conta que buscava internações em momentos que “a vida estava muito difícil”, associada a sentimentos de “dor e desespero”, desencadeando grande consumo de álcool e ameaças de suicídio. A internação em CT era fator de alívio nestes momentos.

Estes relatos mostram uma busca por internação em CT para cuidados em momentos de ameaça à vida, seja por violência, seja por precário estado de autocuidado, relacionados, ou não, a um agudo e excessivo aumento no consumo de drogas. “Abrigamento provisório” ou “refúgio provisório” foi como os profissionais do CAPSad falaram dos motivos para internação nas CTs. Um lugar para se “restabelecer”, mantendo uma abstinência provisória, em espaço protegido, com abrigo e alimentação. Outras pesquisas, realizadas diretamente com CTs, também trazem relatos de internações com objetivo de proteção, refúgio ou exílio (Rui, 2010; Teixeira, 2016).

Profissionais do CAPSad relatam experiências de usuários que preferiam CT aos abrigos – ou ao acolhimento noturno no CAPSad III – pois buscavam um período de abstinência, considerando mais fácil alcançá-lo em uma instituição fechada. Os profissionais também relatam que as CTs são alternativas aos abrigos e ao CAPSad III quando estes não têm vagas, o que é frequente. Dados de 2015 sobre a oferta de serviços para a população de rua em Salvador-Bahia, indicam uma precária rede de abrigos, além de um único CAPSad III com acolhimento noturno 24h, para toda a cidade (Miranda, 2016).

Nas experiências citadas, vemos usuários e usuárias buscando as CT como forma de reduzir danos, não somente provocados pelo consumo de álcool e outras drogas, mas também relacionados com contextos de vida de grande vulnerabilidade. Muitas destas pessoas não declaram o desejo de uma vida sem drogas, mas pedem acolhimento e cuidados em momentos de dificuldades. Percebemos que este acesso contribui para a preservação da vida em muitas situações. No entanto, trata-se de uma demanda distinta do que é tradicionalmente apresentada como proposta assistencial das CTs, que trabalha a abstinência completa e a modificação de comportamento como metas terapêuticas (Santos, 2018), não admitindo a manutenção do consumo de álcool e outras drogas em qualquer hipótese (De Leon G., 2008). Nestas situações, entendemos que estão colocados dois planos de cuidados distintos: o usuário buscando alívio provisório e o estabelecimento tentando uma mudança definitiva. Este antagonismo se apresenta como uma disputa dos planos de cuidado (L. C. Carvalho et al., 2007) entre profissionais e usuários, podendo representar barreiras ao mesmo, provocando, em último caso, desistência ou desligamento da internação, como discutiremos mais adiante.

Tratamento de conversão

Ao falar de sua segunda internação em CT, Taiguara afirma que o tratamento não “servia” para ele. Disse que “pra ficar mesmo livre das drogas, só se entregando pra Jesus. Vivendo vida de cristão, sabe?”, pois era assim que ele via as pessoas “recuperadas”. Explicou que, ao entregar-se para Jesus, seria necessário seguir “um caminho reto”, mas que ele não estava disposto, e justificou: “eu não tenho nada contra. Respeito muito. Mas pra mim mesmo, não serve”. Disse que o que ele queria mesmo “era conseguir controlar a droga...”, falou disso e logo lembrou a última situação de descontrole que viveu: após receber a primeira parcela do auxílio emergencial da pandemia, comprou algumas pequenas coisas que precisava e depois decidiu se divertir no centro da cidade. “Gastei tudo que eu tinha em uma noite, um bom dinheiro, com mulher e droga”, lamentou. Quando acontece isso, diz que se sente “um merda, um ‘vacilão’” e que até acaba usando mais, “só de raiva”. Contou, no entanto, que neste período está residindo em um abrigo, e que isso o ajudou: “Dessa vez, quando acabou o dinheiro, voltei pro hotel social e fui dormir, com raiva, mas na minha cama, né?! Imagine queimar o dinheiro todo e depois ter que dormir na rua?! É fod...”.

Piatã conta que, em suas quatro internações em CT, buscava “uma mudança de vida”. No entanto, relata conflitos com o processo de mudança proposto em alguns serviços. Em uma de suas internações, fala que o tratamento era “lavagem cerebral mesmo! Igual na cadeia, quando é pra você ser da facção”, falando das muitas pressões cotidianas para aderir aos padrões da comunidade. Relata que sua última internação, onde permaneceu mais tempo, foi de grande ajuda para ele, mas que “também teve problemas”. Diz que se sentia constantemente vigiado, parecendo que os profissionais e coordenadores não confiavam nele. Relata que procurava agir conforme as orientações da casa, porque “queria o tratamento”, mas achava que havia exigência demais. Quando recebeu alta, foi convidado pelo coordenador para continuar na CT, trabalhando como monitor. Piatã disse que agradeceu, mas recusou. Contou-nos que não queria ser “caguete”²¹, referindo-se ao papel do monitor do serviço, que deve “fiscalizar” e reportar comportamentos irregulares dos demais internos, além de outras atribuições. Ao nos receber em sua casa, contou que a internação foi boa, mas que está feliz por poder agir “do seu jeito” depois que saiu de alta, referindo-se ao comportamento exigido no período de internação. Disse que bebe alguma cerveja no final de semana e eventualmente faz uso de cocaína, em pequenas quantidades, mas que se sente muito bem, conseguindo controlar seu consumo, tendo casa, trabalho e uma nova companheira em sua vida.

Taiguara e Piatã falam de tratamentos que implicam uma mudança de vida para além do que os mesmos estavam dispostos, ou concordavam. Conforme o entendimento de Taiguara, o sucesso do tratamento implicava o compromisso com uma “vida cristã”, seguindo rigorosamente seus ensinamentos. Já Piatã, sentia-se cobrado e vigiado para assumir um comportamento que o estabelecimento compreendia como meta terapêutica, pois, demonstrando a adesão ao mesmo, seu processo de recuperação era reconhecido pelos profissionais.

A literatura aponta que a mudança de comportamento é a principal meta terapêutica nas CTs em geral. A abstinência é considerada uma consequência do tratamento, mas seu objetivo principal é uma mudança completa da identidade e do estilo de vida da pessoa, sendo solicitada uma entrega absoluta do indivíduo ao programa de tratamento (De Leon G., 2008). Outras pesquisas reafirmam práticas assistenciais

²¹ Alcaguete.

voltadas para a transformação dos indivíduos, compreendida como um processo de conversão moral-subjetiva (Loeck, 2018), com o nascimento de um novo indivíduo após o período de internamento. Esta literatura também cita que a nova identidade é baseada em padrões morais, muitas vezes de base religiosa, com pesquisas referindo-se a este modelo como “tratamento moral” (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015), “tratamento religioso-moral” (Ribeiro & Minayo, 2015, p. 519) ou “modelo moral” (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008, p. 366).

Das experiências de Taiguara e Piatã, recolhemos que o tratamento nestas CTs era voltado para uma mudança de seus comportamentos e valores. No entanto, esta mudança não era a mesma que buscavam os usuários, declarando desejo de seguir um caminho diferente. Ainda assim, era necessário demonstrar adesão à meta institucional para seguir o tratamento, demonstra uma imposição terapêutica. Esta prática também é vista como uma subversão do pedido do usuário, que ao buscar ajuda, deve comprometer-se com “uma modificação de vida que vai muito além do uso de drogas” (B. Carvalho & Dimenstein, 2017). Outras pesquisas apontam que as CTs costumam oferecer a mesma proposta terapêutica para todas as pessoas que procuram seus serviços (Santos, 2018, p. 28). Percebemos isso como um tratamento prescritivo, que não leva em consideração a singularidade, as necessidades de saúde e os desejos dos usuários. O cuidado não é centrado no usuário, mas no método e na meta, representada pelo padrão comportamental do “recuperado”, que pode variar entre as CTs, mas é igual para todos de um mesmo estabelecimento. Impõe barreiras para o cuidado de necessidades, desejos ou projetos que os usuários carregam, mas que não são compatíveis com o modelo moral adotado pelo estabelecimento, compreendendo a moral como “um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens”(Sánchez Vázquez, 2017), de caráter histórico e relacionada com a estrutura social vigente.

Entendemos que, para ampliar o acesso a cuidados, é necessário que o agir em saúde deixe de estar voltado para si mesmo (Merhy, 2002c) e seu instrumental, abrindo-se ao encontro com o usuário, orientado por uma ética que “desarticula o sistema de julgamento” (Deleuze, 2002, 29) para valorizar o que potencializa cada modo de vida singular: postura ética que abraça a vida também na sua dimensão

trágica; não para convertê-la, mas para cuidar de seu sofrimento, enquanto busca afirmar o que há de potência na mesma.

“Me senti maltratada”

Na vivência do CAPSad, muitos eram os relatos de usuários sentindo-se maltratados em internações, variando entre diferentes CTs. Nas conversas com os usuários-guia, todas e todos tinham algum relato de abuso, maus-tratos ou outras violências sofridas durante internações.

Aruana conta que em sua primeira internação havia castigos físicos diante de infrações às normas. “Tinha uma vara chamada ‘Tereza’. Quem saía da linha tinha que ‘conversar’ com Tereza”, relatou. Ela também era proibida de utilizar roupas masculinas, que fazem parte da sua estética e autoimagem. Na segunda CT onde esteve, vivenciou práticas semelhantes de abusos. Disse que, nos dois episódios, permaneceu somente quinze dias nos serviços, por causa dos “castigos” e da rotina cotidiana, obrigatória para todos, afirmando que “ficar orando em jejum não é a minha praia”. Em sua última internação, em 2020, onde permaneceu pouco mais de uma semana, contou que “era um lugar bom, bonito! Tinha muitas árvores, plantas... tudo bem cuidado. Eu queria ficar lá”, mas “me senti maltratada”, justificando que saiu porque não suportou o tratamento. Disse que chegou na CT em momento de uso intenso de crack, após a morte de seu irmão. A internação foi custeada por pessoas que se sensibilizaram com sua situação. Aruana conta que quando chegou na CT “estava meio na abstinência, só queria ficar deitada, não queria fazer as atividades. Aí começaram a me tratar mal, dizer que eu era preguiçosa, que eu estava me aproveitando, não ajudava em nada, sabe?! Que eu era um peso...”.

Taiguara também esteve na primeira CT utilizada por Aruana. Fala que neste lugar “cheguei segunda, saí na sexta”. Questionado por quê, respondeu enfaticamente: “Você é doido?! Cinco da manhã tinha gente te acordando pra rezar... Coisa de maluco! E se fizesse ‘coisa errada’?! Mas veja só: passar bilhetinho era ‘coisa errada’, acredita? Aí, tinha monitor que dava porrada! Ahhh, se encostassem a mão em mim...”. Disse que saiu da CT “pra não fazer uma ‘desgraça’ lá dentro” caso o agredissem. Na segunda internação, em outro estabelecimento, conta que o cotidiano era “menos rígido”, mas diz que a principal punição para os que não seguiam as normas era a restrição da comida, diminuindo a quantidade ou retirando

a “carne” da refeição. Falou, em num tom de indignação, que “mexer no alimento da pessoa não é certo, né?!”.

Piatã teve sua primeira internação no mesmo serviço citado por Aruana e Taiguara. Também se referiu à “vara chamada ‘Tereza’” utilizada para castigar fisicamente os indisciplinados. “Eu mesmo nunca apanhei”, pois disse que seguia as regras, “mas vi muita gente apanhar”, contou. Relata um cotidiano de muito controle e vigilância. Abandonou o tratamento dizendo que ficava “revoltado de ver aquelas coisas”. Nas duas internações seguintes, em diferentes CTs, conta que não havia agressão física, sendo as punições através da retirada da alimentação ou “ir pro joelho”, devendo ficar ajoelhado por longos períodos como consequência às infrações. Em uma CT, conta que o coordenador “gritava e humilhava” quando alguém descumpria as regras. Estas situações levavam Piatã a abandonar os tratamentos, referindo que era sempre uma decisão muito difícil, pois também se sentia culpado em deixar a internação. Ele saía destes internamentos “mais pra baixo”, com vontade “de acabar com o mundo”, retomando o uso intensivo de drogas.

Iberê e sua mãe relatam que a única experiência que tiveram em CT foi “muito ruim”. Iberê estava em um momento de uso descontrolado e pediu para internar-se “por medo de acontecer o pior”, como em outras situações onde foi agredido por traficantes. A mãe de Iberê conseguiu o contato de uma CT através de outro usuário internado, mas conta que, logo após a internação, não conseguiu mais contato com o filho. “Eles falaram que visita só depois de 30 dias, que era parte do tratamento”, falou. Iberê também disse que não era autorizado a telefonar para casa. Após 30 dias de internação, quando sua mãe conseguiu visitá-lo, contou que Iberê estava emagrecido e abatido, pedindo “pelo amor de Deus” para tirá-lo de lá. Iberê disse que a rotina era muito rígida, com punições para o não cumprimento, referindo que o principal castigo era a restrição da alimentação. Após o contato com sua mãe, Iberê voltou para casa retomando acompanhamento ambulatorial.

Todas estas experiências nos chamam atenção pela frequência e variedade de abusos sofridos em encontros que deveriam produzir cuidado, não opressão. Além do que observamos nestas experiências, outros relatos de maus-tratos, violações de direitos e abusos praticados em CTs estão fartamente registrados nos relatórios de inspeções interinstitucionais coordenadas pelo Conselho Federal de Psicologia, como citado na introdução deste texto. Uma das percepções que temos, é que os

abusos estão relacionados às práticas disciplinares adotadas. Os relatos dos usuários-guia indicam que as CTs utilizam, como prática cotidiana, medidas disciplinares – nomeadas de sanções ou punições – diante do descumprimento das normas do serviço. Essa prática também é registrada em outras pesquisas, como parte da dinâmica assistencial das CTs investigadas (Melo & Corradi-Webster, 2016, 2018; Pacheco & Scisleski, 2013). As inspeções interinstitucionais apontam que alguns destes serviços declaram o uso de medidas disciplinares com “propósito pedagógico ou terapêutico” (Conselho Federal de Psicologia (BR) et al., 2018, p. 111), sendo identificados os seguintes tipos de punições: por meio do trabalho, com a “realização de tarefas extras e aviltantes” (Conselho Federal de Psicologia (BR) et al., 2018, p. 113); por restrições – como retirar alimentação, restringir contatos ou a “retirada de algo que o transgressor gosta” (Conselho Federal de Psicologia (BR) et al., 2018, p. 114); por isolamento ou confinamento; e punição por agressão física. Um dos textos fundamentais para as CTs no Brasil recomenda, como forma de sanções, o uso de práticas que entendemos como ofensivas e humilhantes, como: pendurar no pescoço uma placa com “um rótulo social (por exemplo, mentiroso, ladrão, manipulador)” (De Leon G., 2008, p. 247) referente à infração cometida; ser obrigado a limpar os banheiros; ou mesmo perder direito a receber visitas da família.

Nos relatos dos usuários, também percebemos que o sentimento de ser maltratado leva muitos indivíduos à desistência da internação. Esta desistência não se dá somente em situações extremas, de agressão física. Na última internação de Aruana, mesma em uma CT que não praticava castigos físicos, o desrespeito e humilhações estavam presentes, através de rótulos e falas acusatórias. Ao desistir da internação, os usuários perdem o acesso a importantes recursos de cuidado, como discutido anteriormente no tópico “Motivações para a internação”, conformando uma barreira de acesso para estes indivíduos. Além disso, como conta Piatã, a desistência é muitas vezes compreendida como culpa da pessoa, que não foi capaz de sustentar o internamento, produzindo mais sofrimento, reafirmando-se como barreira ao cuidado. Sem espaço para seu protagonismo, muitas vezes a única forma do usuário exercer o direito de participar de seu plano terapêutico é “não aderindo às propostas que lhe provocam mais desconforto que conforto ou que não produzem o efeito imaginado/desejado” (Feuerwerker, 2016, p. 42). Resistir ao tratamento é também uma tentativa de protagonismo dos usuários.

Por outro lado, percebemos que práticas disciplinares também estão presentes em serviços de saúde mental substitutivos, como os CAPSad, tendo sido objeto de importante debate na rede assistencial onde se deu esta pesquisa²². Constatamos que medidas disciplinares são, com frequência, sentidas por usuários como violência institucional (Oliveira et al, 2016). Apesar dos CAPS serem concebidos como espaço de uma prática clínica exercida sem domínio, com respeito pelo outro, que deve apostar na criação e inventividade para enfrentamento dos desafios (Moebus, 2014), a prática de profissionais e equipes nem sempre reflete estes princípios. Nos serviços de saúde em geral – inclusive nos CAPS – não é incomum que profissionais se autorizem “a produzir atos violentos com olhares, falas, expulsões e criminalizações” diante de condutas consideradas desviantes, produzindo “máquinas de repressão do desejo para disciplinar os indivíduos e coletivos”, produzidas em nome do Cuidado (Merhy, 2012, p. 13). Mendonça(2015) discute que o disciplinamento como estratégia de normalização da vida é uma prática de soberania, com o exercício da força dos serviços/equipes sobre os usuários, argumentando que, para a assistência ser produtora de cuidado, deve se dar sem soberania, exercendo uma “força fraca” que não se impõe, mas se abre para o outro.

Conexões Existenciais

Potira tem uma história de diversas internações em CTs e hospitais psiquiátricos. Três profissionais que a acompanharam relatam que ela costumava pedir os internamentos em momentos de crise, muitas vezes com ameaças de suicídio. Estas situações estavam ligadas a episódios de muito sofrimento, como perdas dos filhos ou agressões sofridas. Os profissionais interpretavam as demandas de Potira como uma dependência institucional da internação. Em geral, Potira saía das internações abstinente e cheia de projetos, mas voltava a ter novas descompensações, fazendo alto consumo de álcool. Com o tempo, Potira passa a dar preferência por internações em CT, dizendo que no hospital fica “muito dopada” e a duração da internação é menor. Passa por diversas CTs. Em um determinado momento de sua trajetória terapêutica, Potira é incluída em um Programa de Intensificação de

²² "Impasses na RAPS: atos administrativos-disciplinares são aplicáveis aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial? São legais? São legítimos? São necessários?" Acessado em 20 de novembro de 2020. <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/seminarios-livres-qlinica-com-que-apresenta-impasses-na-raps-atos-administrativos-disciplinares-sao>

Cuidados (PIC), promovido como extensão universitária. Com o suporte cotidiano da equipe do PIC, Potira retoma seu desejo/projeto de reaproximar-se dos filhos, em especial da filha caçula. A busca pela reconexão com pessoas também significou conexão com outros serviços, como a Defensoria Pública. Neste processo, os profissionais relatam redução das demandas de Potira por internações. Ela conta que pedia para internar-se quando “a vida estava muito difícil”, associando aos momentos de grande sofrimento. Falou que tem saudade “das meninas” do PIC, que ajudavam nos momentos de crise, pois “conversavam muito com ela”, queixando do fim do programa e da perda do contato com as estagiárias. Ao final da conversa, perguntamos onde ela sentia-se melhor, no abrigo – onde estava naquele momento – ou na CT, ao que ela respondeu: “Na minha casa!”.

Na experiência de Potira, as internações produziam um alívio diante da dor, permitindo uma desconexão com um contexto de sofrimento, passando a ser um recurso repetidamente utilizado. No entanto, os longos períodos de internação, além de afastar Potira dos seus problemas, a afastava das suas relações e projetos, como a reaproximação com os filhos, algo desejado, mas que ela tinha grande dificuldade de executar por distintas questões. O projeto terapêutico proposto pelas CTs estimulava esta desconexão, pois condicionava a retomada do contato com os filhos à manutenção da abstinência. Como ela não sustentava a abstinência por muito tempo, não sentia-se autorizada a buscá-los. Com o apoio da intensificação de cuidados, Potira conseguiu fazer investimentos mais efetivos em restabelecer suas conexões com pessoas e com seus próprios desejos. Voltou a se relacionar com a filha caçula e a família que a adotou, sendo muito bem recebida. Seguiu com momentos de grande instabilidade, mas com significativa redução dos seus períodos de institucionalização.

Aruana também nos aponta a importâncias de suas conexões, para sua vida e cuidado. Ela é uma grande agenciadora de redes em torno de si. Além de consumir intensamente serviços das redes formais de assistência – CAPSad, programas de redução de danos, abrigos, CTs, Defensoria Pública etc. – atua em movimentos sociais, espaços de representação e coletivos diversos, tanto reivindicando direitos coletivos como agenciando ajuda para si. Quando a questioneei sobre as conexões mais importantes em toda sua trajetória de cuidados, não se referiu a nenhum serviço da rede. Primeiro, citou sua antiga companheira, uma mulher que atuou

muitos anos como redutora de danos, também usuária de psicoativos. Em seguida, falou de sua atuação no espetáculo “Os Saltimbancos”, organizado pelo CETAD, há mais de uma década. Diz que foi a partir deste espetáculo que se “animou a fazer Rap, escrever, cantar...” suas paixões e ferramentas para expressar alegrias e sofrimentos.

Entendemos que os indivíduos, em sua busca por cuidados, assumem um trânsito por distintos territórios e serviços, produzindo conexões para o atendimento de suas necessidades, de forma protagonista nesta produção(Lancetti, 2009). Estas conexões não se dão somente com serviços de saúde ou outras organizações, mas nos diversos vínculos relacionais em suas vidas. Estas “Redes Vivas de Conexões Existenciais”(Merhy et al., 2016, p. 34), agenciadas pelos usuários, são produtoras de cuidado, mas também produzem o próprio indivíduo, a partir das relações estabelecidas. Como descreve Merhy et al:

“A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para [...] irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. A falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos, por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro”(Merhy et al., 2016, p. 37).

A experiência de Potira nos revela uma relação entre as repetidas interações de longa permanência e o empobrecimento de suas redes de conexões existenciais, diminuindo seus recursos para lidar com as adversidades, aumentando a dependência das interações. Demonstra que barreiras ao enriquecimento de redes individuais são barreiras ao cuidado. Em outras pesquisas, observamos que a construção de uma “carreira institucional”(Natalino, 2018, p. 53) é apontada como possível consequência do modo de funcionamento adotado por CTs, produzindo uma dificuldade de adaptação à vida fora da organização, gerando dependência da dinâmica interna para manutenção da vida cotidiana.

Potira e Aruana nos mostram a importância de um cuidado que invista no enriquecimento das redes de conexões dos usuários. Conexões que não produzem somente alegrias, mas também tristezas, como quase tudo na vida, sendo que suas importâncias e significados só podem ser definidos pela experiência singular de cada usuário.

Abstinência: Estratégia x Política.

Nas CT's a abstinência não é uma opção, é a Política da instituição. Apesar da literatura de referência citar que a abstinência não é o objetivo final do tratamento nas CT's, ela é a consequência esperada do tratamento de mudança de identidade proposta pela instituição, como afirma o autor: "O uso de álcool é proibido em todos os momentos da permanência no programa para todos os residentes. A política clínica insiste na abstinência por toda a vida de todas as substâncias não prescritas para todos os residentes"(LEON G., DE, 2008, p. 237). Tomamos este tema como Analisador pela força com que ele surgiu na pesquisa. Apesar de o CAPSad pesquisado possuir muitos usuários com história de internamento em CT, os profissionais da equipe tiveram dificuldade de identificar um usuário que alcançou a abstinência após tratamento nestas instituições. O único usuário com este perfil, citado pela equipe, permaneceu vinculado à CT como monitor, não frequentando mais o CAPSad. Em outras entrevistas com profissionais, a abstinência sempre surgiu como algo provisório: "A realidade é que os usuários voltam ao consumo poucos meses depois de sair de alta. Às vezes até antes." afirmou um profissional. Mesmo nosso usuário-guia, Piatã, que conseguiu organizar sua vida após internamento em CT, não se mantém abstermido, fazendo uso de drogas eventualmente, na perspectiva da redução de danos.

A literatura científica a respeito do abuso de substâncias psicoativas é rica em relatos sobre a ineficácia de uma política de tratamento com base na abstinência. Os resultados de tratamentos com manutenção da abstinência não chegam, na melhor das hipóteses, a 50% dos casos (Andrade, 2004). Essa constatação impulsionou políticas de Redução de Danos (RD) em todo o mundo. A RD não nega a abstinência, mas a assume como estratégia de cuidado, que pode ser utilizada de forma permanente, eventual ou mesmo descartada, de acordo com o projeto terapêutico singular construído conjuntamente com cada indivíduo, em cada momento da sua vida em que demande cuidados. A abstinência como política significa impor um tratamento pouco eficaz às pessoas que buscam cuidados na rede, pessoas que muitas vezes demonstram não terem interesse em aderir a esta oferta, como nos contou Taiguara. Para estas pessoas, o acesso a uma CT ou qualquer instituição que assuma a abstinência como política é clara produção de barreira, pois restringe o acesso a cuidados de acordo com seu perfil, suas

necessidades singulares. Por isso tanto sofrimento para os que sofrem “recaídas” após alta.

Natalino (NATALINO, 2018) aborda a dificuldade de manutenção da abstinência e da nova identidade “convertida” a partir das características de Instituições Totais das CT’s, típicas das instituições asilares. O isolamento social, o regime disciplinar e outras práticas, produzem um ambiente que não pode ser reproduzido fora da instituição. O tratamento é um processo de “aprendizagem do viver institucionalmente”, pois “a instituição total condiciona fortemente o destino social do egresso, gerando, por vezes, reincidência ou construção de uma ‘carreira institucional’” (NATALINO, 2018, p. 53), exatamente o que percebemos a partir do CAPSad. Assim, a vida abstêmia para muitos usuários passa a ser uma vida institucionalizada. Com isso, o acesso às CT’s funciona como uma porta giratória, fazendo-o retornar à instituição repetidas vezes após retomar o consumo, como discutido em achados de pesquisa citadas no capítulo (PINHEIRO; TORRENTÉ, DE, 2020). Além de alta taxas de abandono de tratamento, que podem variar de 30% a 80% dos internamentos (SILVA, L. G. Da; TÓFOLI; CALHEIROS, 2018), a porcentagem de reinternações também é alta, próximo à 50% (NATALINO, 2018), demonstrando a baixa eficácia da política de abstinência. Analisando a partir dos indicadores de acesso como barreira, utilizados nesta pesquisa, observamos que uma oferta assistencial que institucionaliza o indivíduo é altamente produtora de dependência. É o acesso produzindo barreiras ao cuidado. Há a substituição de uma dependência pela outra. Ou, como afirma outro autor “o gozo da química é substituído pelo gozo da renúncia” (COTTA; FERRARI, 2015, p. 9). Assim, o acesso a cuidados produz restrição das possibilidades de vida e de escolha destas pessoas, mesmo que seja uma vida onde a droga está presente.

A abstinência como política está inscrita no tratamento moral, seja porque o indivíduo é visto como incapaz de lidar com o consumo de substâncias, seja por que a substância é vista como algo maléfico e quem a procura é uma desajustada, pervertida ou criminosa. Neste paradigma a redução de danos não tem espaço, pois a mesma investe nas escolhas e nas apostas que os indivíduos fazem para suas vidas. Se considerarmos que o indivíduo está “dominado” pela sua impotência ou perversão diante da droga, ele não é capaz de escolher e assim a instituição – ou a

própria política – faz a escolha por ele (MERHY, 2012). Um paradigma que interdita alternativas e possibilidade de escolha das pessoas é também violento.

Relação CAPSad – CT

No seu último internamento, Piatã passou catorze meses até ser considerado “recuperado” e receber alta da CT. Neste período, ele realizou grandes investimentos no seu cuidado, acessando diversos serviços da rede. Frequentava mensalmente o CAPSad para consultas médicas, de psicologia e enfermagem. Também manteve contato regular com a assessoria jurídica do Programa Corra para o Abraço. Foi também durante este período, que Piatã realizou acompanhamento em serviço especializado de ortopedia, com posterior cirurgia para correção de osteomielite em hospital estadual, processo mediado pelo CAPSad. Após alta do hospital, Piatã volta à CT para concluir o internamento, com o braço recuperado.

Esta experiência poderia ser um bom exemplo da articulação do cuidado em rede e da parceria entre CAPSad e CT. No entanto, todo este processo aconteceu por gestão do próprio Piatã. Através do telefone da CT, Piatã fazia contato telefônico com seus técnicos de referência no CAPSad, demandando apoio para agendamento de consultas e exames, bem como para cobrar o andamento dos pedidos. Nos momentos em que visitava o CAPSad, Piatã reafirmava os pedidos de ajuda às suas demandas, inclusive buscando a coordenação do serviço como apoio. Um dos pedidos feitos, em mais de um momento, foi da intermediação do CAPSad com a coordenação da CT, que colocava impedimentos para Piatã sair do serviços para realizar as consultas. Outros internos e monitores perguntavam “porque ele tem que sair tanto?”, contou, referindo que não era a rotina do serviço. Um profissional do CAPSad visitou a CT para conversar com o coordenador e “mostrar que Piatã estava em tratamento conosco e que nos responsabilizávamos pelas saídas dele”. Ainda assim, foram necessárias novas intermediações em outros momentos, mesmo após esta conversa inicial. De certa forma, toda a articulação do cuidado em rede se deu a despeito da CT, que contribuiu com o abrigo e segurança de Piatã.

Os profissionais do CAPSad reafirmam a dificuldade de interlocução com as CTs, demonstrando uma baixa articulação entre os serviços. Os contatos da equipe do CAPSad com as CTs geralmente se dão por telefone. Em um primeiro momento o contato ocorre com a coordenação do serviço, para apresentar a situação do usuário

que pleiteia a vaga. Durante a internação, a comunicação segue por telefone, diretamente com cada usuário. Não há relatos de discussão clínica entre profissionais do CAPSad e das diversas CT's com as quais os mesmos interagem. O contato presencial entre equipes ocorre eventualmente, em geral, quando realizam o transporte de usuários entre serviços, sendo as conversas focadas em pactos administrativos e questões motivacionais.

Outras pesquisas também apontam uma baixa articulação entre CAPSad e CTs(Cavalcante et al., 2016)(Silva et al., 2018). Há relatos de profissionais de CTs que veem o tratamento ofertado no CAPSad como inadequado, considerando que qualquer alternativa que não implique a abstinência completa de álcool e outras drogas, é um estímulo à manutenção do problema(B. Carvalho & Dimenstein, 2017). Já os profissionais do CAPSad também veem as CTs com restrições, afirmando que as mesmas operam “em um paradigma completamente diferente” do que fundamenta o trabalho dos CAPSad. Falam que as CTs “não se comportam como serviços de saúde”, especialmente por não abordar questões que consideram fundamentais no tratamento do abuso de substâncias psicoativas, “questões latentes do transtorno, como o papel que a droga exerce na vida do indivíduo, são deixadas ‘de baixo do tapete’”. Para alguns profissionais, as práticas terapêuticas das CTs são “prescritivas” e promovem uma “anulação da subjetividade dos indivíduos”. Sobre a articulação de cuidados aos usuários, os profissionais creditam às CTs uma “descontinuidade do cuidado”, afirmando que o plano terapêutico construído antes do internamento fica “em suspenso”, associando a relação estabelecida entre CAPSad e CTs com aquela mantida com os hospitais psiquiátricos.

Apesar de ver as CTs com reservas, os profissionais do CAPSad demandam vagas de internação para estes serviços em diferentes situações. Alguns informam que se sentem “desconfortáveis”, mas “atendem a demanda do sujeito”, referindo-se ao pedido do usuário, que “sabe qual ‘porta’ está acessível”. Outros dizem que “não costumam indicar” internação em CT, mas eventualmente o fazem por reconhecer que é um suporte importante quando não encontram outros recursos na rede. Alguns lidam com esta contradição dizendo que “é o possível” diante dos recursos disponíveis para cuidado desta população. O principal motivo de encaminhamento, como já discutido, é a busca por proteção, abrigamento ou abstinência provisória, geralmente em situações de maior vulnerabilidade dos usuários.

Percebemos que esta baixa parceria entre CAPSad e CT está relacionada aos diferentes modelos de cuidado destes estabelecimentos. Equipes destes serviços se vêm operando diferentes paradigmas assistenciais, às vezes antagônicos. Estas diferenças levam à produção de distintos planos terapêuticos para os usuários, que também são disputados entre serviços. Na experiência de Piatã, enquanto a CT tentava mantê-lo vinculado à rotina diária, comum aos demais usuários, o CAPSad apoiava o projeto do próprio Piatã, que tentava aproveitar a situação de abrigo, proteção e abstinência, para “arrumar sua vida” resolvendo questões médicas, jurídicas, dentre outras. As restrições impostas para sair do serviço eram barreiras para articulação do cuidado de Piatã, que o mesmo conseguiu superar com seu protagonismo. Quando a articulação depende somente das equipes dos serviços, a distância que existe entre os mesmos pode significar novas barreiras.

Considerações finais sobre a pesquisa com usuários-guia

Os achados desta pesquisa, descritos anteriormente, não devem ser generalizados. Retratam as experiências de cinco usuários e usuárias de serviços de saúde em contextos específicos, trazidas para análise e discussão neste estudo. No entanto, apontam para importantes questões a serem observadas sobre o cuidado ofertado pelas Comunidades Terapêuticas aos seus usuários, em outros contextos assistenciais.

Aruana, Piatã, Taiguara, Potira e Iberê, nos mostram que eles e elas são pessoas que portam desejos, projetos, valores e visões de mundo próprias. Ao mesmo tempo, nos apresentam histórias de vida de muito sofrimento e restrições, demonstrando que estar vivo é também um ato de resistência. No seu trânsito por redes e serviços assistenciais, trazem em suas “cestas de necessidades”(Cecilio e Matsumoto, 2006) todas as estas dimensões de suas vidas, buscando cuidados para suas dores e carências, mas principalmente um cuidado que dê suporte diante das escolhas que fazem para suas vidas.

Ao acessar as Comunidades Terapêuticas da rede em questão, estas dimensões singulares passam a estar subordinadas ao projeto coletivo do serviço. Um caminho que não seja compatível com aquele definido pelo serviço não é considerado válido, de acordo com a política moral estabelecida pelo mesmo. A insistência em seguir um caminho diferente é interpretada como indisciplina, passível de punições ou

desligamento. Assim, além de não acolher determinadas singularidades dos usuários, desejos e projetos são desqualificados e até criminalizados. É a equipe do estabelecimento que sabe o que é melhor para o usuário, mais do que ele próprio. Além de despotencializar seus desejos, o estabelecimento reduz toda a complexidade da vida, os problemas e necessidades do indivíduo ao consumo das drogas. As perdas vividas por Potira ao longo de sua vida, os abusos sofridos por Aruana ou a vida de exílio urbano de Taiguara, são ignoradas e subsumidas ao consumo, reafirmando um único caminho terapêutico. São questões que pedem passagem nas relações de cuidado, mas que são ignoradas pelo projeto terapêutico dos estabelecimentos, conformando-se em barreiras a um acesso qualificado. Ao invés de produzir singularidade e diferença, produz serialização (Merhy et al., 2010).

No entanto, a despeito destas restrições os usuários e usuárias seguem acessando estes serviços em diversos momentos de suas trajetórias. Vão experimentando diferentes CTs, nos vários momentos de internação, buscando aquelas onde sentem-se mais acolhidos/as ou menos interditados/as. Agarram-se aos projetos terapêuticos – os planos de cuidado – que montaram para si, negociando/disputando de distintas formas com o projeto de cada serviço que conseguem acessar. A despeito do tratamento que tentava convertê-lo, Taiguara permaneceu da CT até sentir-se seguro de retornar ao seu território. A despeito da CT que tentava mantê-lo na rotina do serviço, Piatã foi em busca de conexões externas para viabilizar seu plano de cuidado. Seja negociando, submetendo-se provisoriamente ou desistindo da internação, os usuários vão demonstrando seu protagonismo do cuidado.

Finalmente, destacamos, uma vez mais, a relação percebida entre o regime disciplinar destes serviços e as práticas de abusos e maus-tratos. Além de abrir espaços para excessos, o uso de medidas disciplinares implica em assumir que uma pessoa – ou equipe – está autorizada a submeter outra, diante de certas situações. Aposta-se que o medo da punição contribua com a mudança do indivíduo. Submissão e medo não nos parecem caminhos comprometidos com o cuidado, mas produtores de barreiras ao mesmo.

Desta forma, propomos que as análises sobre a assistência ofertada pelas CTs, ou outros equipamentos assistenciais voltados para esta população, tomem o cuidado centrado nos usuários e suas necessidades como norteador das investigações, buscando evidenciar como os distintos desejos, projetos e concepções destes

indivíduos são tratados por equipes e serviços, procurando compreender onde a relação terapêutica se abre ou se fecha para as singularidades das vidas que buscam nosso cuidado.

Bibliografia do Capítulo II

- ANDRADE, T. M. *Redução de danos: um novo paradigma?* In: Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004.
- ALVES, Paulo César B., e Lara Maria A. Souza, “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”. Em *Experiência de doença e narrativa*, editado por Míriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves e Lara Maria A. Souza, 125-138. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- BAHIA, Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. *Resolução CEPAD nº 003* (12 de dezembro de 2018). Salvador, 2018.
- BAREMBLITT, Gregório F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BOLONHEIS-Ramos, Renata Cristina Marques e Maria Lucia Boarini, “Comunidades Terapêuticas: ‘Novas’ Perspectivas e Propostas Higienistas.” *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 22, nº 4 (2015): 1231–48. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>.
- BONDÍA, Jorge Larrosa. “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”. *Revista Brasileira de Educação* 1, nº 19 (2002): 1–15.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, De 19 de fevereiro de 2002. *Estabelece as modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III*. 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª Ed. (Brasília: Ministério da Saúde, 2007).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. 2011.
- CAVALCANTE, Lara Dias, Maria Eduarda Debiazzi Bombardelli, e Rogério José de Almeida. “Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química”. *Vigilância Sanitária em Debate* 4, nº 2 (2016): 44–50. <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00587>.
- CARVALHO, Bruno e Magda Dimenstein. “Análise Do Discurso Sobre Redução de Danos Num CAPSad III e Em Uma Comunidade Terapêutica.” *Temas Em Psicologia* 25, nº 2 (2017): 647-660. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- CARVALHO, Luís Claudio, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy, “Disputas En Torno a Los Planes de Cuidado En La Internación Domiciliaria: Una Reflexión Necesaria.” *Salud Colectiva* 3, nº 3 (2007): 259-269. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.146>.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira, e Norma Fumie Matsumoto. “Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde”. In. *Gestão em Redes: Tecendo Fios de Integralidade em Saúde*. Editado por Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla, e Ruben Araujo de Mattos. 37-51. Rio de Janeiro: EDUCS – CEPESC – IMS/UERJ, 2006.

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017*. Brasília: CFP, 2018.
- DE LEON, George. *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*, 5ª Ed. Tradução de Adail Sobral, Cecília Bartalotti, e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2014.
- DELEUZE, Gilles, *Espinosa: Filosofia Prática*. Tradução de Daniel Lins, e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz, “Cuidar em saúde”, Em *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes 2*. Editado por Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi e Emerson Elias Merhy. 35-47. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- GOMES, Maria Paula Cerqueira e Emerson Elias Merhy. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Nota Técnica, n. 21. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.
- LANCETTI, Antonio. *Clínica Peripatética*, (São Paulo: HUCITEC, 2009)
- LOECK, Jardel Fischer. “Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: Entre o religioso-espiritual e o técnico-científico” Em *Comunidades Terapêuticas Temas Para Reflexão*, Editado por Maria Paula Gomes dos Santos. 77-100. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de, “SEM SOBERANIA: Gestão Solidária e Força Fraca Para Cuidar de Vidas.” Tese (Doutorado). Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- MELO, Mariane Capellato e Clarissa Mendonça Corradi-Webster, “Análise Do Funcionamento de Comunidade Terapêutica Para Usuários de Drogas.” *Athenea Digital* 16, nº 3 (2016): 379–99. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>.
- MERHY, Emerson Elias. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde” Em *Agir Em Saúde: um desafio para o público*, Editado por Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko, 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2002a.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002b.
- MERHY, Emerson Elias. “Fórum Social Mundial e a Saúde: Por Uma Ética Global Da Vida.” *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 6, nº 11 (2002c): 133–36. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832002000200016>.
- MERHY, Emerson Elias. “Anormais do Desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua”. Em *Drogas e Cidadania: em debate*. Editado por Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2012.

- MERHY, Emerson Elias, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, e Maria Paula Cerqueira Gomes. “Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. Em *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. Editado por Túlio Batista Franco e Valéria do Carmo Ramos. 60-75. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MERHY, Emerson Elias, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, e Erminia Silva. “Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental” *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 8 nº 1 (Enero - Abril 2012): 25–34.
- MERHY, Emerson Elias, Maria Paula Cerqueira Gomes, Erminia Silva, Maria de Fátima Lima Santos, Kathleen Thereza da Cruz e Tulio Batista Franco. “Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. Em *Avaliação Compartilhada Do Cuidado Em Saúde: Surpreendendo o Instituído Nas Redes 1*. Editado por Emerson Elias Merhy, Rossana Staevie Baduy, Clarissa Terenzi Seixas, Daniel Emílio da Silva Almeida e Helvo Slomp Júnior. 31-42. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8ª Ed. São Paulo. Hucitec. 2004.
- MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso, *O Trágico Na Produção Do Cuidado: Uma Estética Da Saúde Mental*. Porto Alegre : Rede UNIDA, 2014.
- NATALINO, Marco Antônio Carvalho. “Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas”. Em *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, Editado por Maria Paula Gomes dos Santos, 37-60. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- OLIVEIRA, João André Santos, Leandro Dominguez Barretto, Rafaela Cordeiro Freire, Grace Fátima Souza Rosa, Fátima Lima, Lua Sá Dultra e Iago Sampaio Santos, “Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA”. Em *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes - Volume 1*, Editado por Emerson Elias Merhy, Rossana Staevie Baduy, Clarissa Terenzi Seixas, Daniel Emílio da Silva Almeida e Helvo Slomp Júnior. 276-281. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- PACHECO, Alice Leonardi, e Andrea Scisleski. “Vivências em uma comunidade terapêutica”. *Revista Psicologia e Saúde*, 5 nº 2 (2013): 165–73.
- PÚBLICA. “Adolescentes denunciam tortura e mostram marcas de violência em comunidade terapêutica evangélica” Acessado em 20 de novembro de 2020, https://apublica.org/2020/10/adolescentes-denunciam-tortura-e-mostram-marcas-de-violencia-em-comunidade-terapeutica-evangelica/?mc_cid=50f17a2991&mc_eid=60e0cddd8d
- RAUPP, Luciane M. e Clary Milnitisky-Sapiro, “A ‘reeducação’ de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa.” *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24, nº 3 (2008): 361–68. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722008000300013>.

- RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages e Maria Cecília de Souza Minayo, “As Comunidades Terapêuticas Religiosas Na Recuperação de Dependentes de Drogas: O Caso de Manguinhos, RJ, Brasil.” *Interface: Communication, Health, Education* 19, nº 54 (2015): 515–26. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.
- ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*, Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.
- RUI, Taniele, “A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica”, *DILEMAS: Revista de Estudos de Controle e Conflito Social*, 3 nº 8, (2010): 67-68.
- SÁNCHEZ Vázquez, Adolfo. *Ética*. 37ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.
- SANTOS, Maria Paula Gomes dos. “Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil” Em *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Editado por Maria Paula Gomes dos Santos. 17-36. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- SEIXAS, Clarissa Terenzi, Rossana Staevie Baduy, Maira Sayuri, Sakay Bortoletto, Helvo Slomp Junior, e Emerson Elias Merhy. “O vínculo como potência para a produção do cuidado”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 23, nº e170627 (2019): 1–14.
- SILVA, Leila Gracieli da, Luís Fernando Tófoli, e Paulo Renato Vitória Calheiros. “Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental”. *Estudos de Psicologia* 23, nº 3 (2018): 325–33. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180031>.
- SILVA Jr, Aluisio Gomes da, Emerson Elias Merhy e Luis Claudio de Carvalho, Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. Editado por Roseni Pinheiro e Ruben Mattos. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 113-128 Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco. 2003.
- SLOMP JUNIOR, Helvo, Emerson Elias Merhy, Monica Rocha, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Rossana Staevie Baduy, Clarissa Terenzi Seixas, e Kathleen Tereza da Cruz. “Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa”. *Athenea Digital* 20, nº 3 (2020): 1–21.
- TEIXEIRA, Cesar Pinheiro. “O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico”. *Religião & Sociedade*, 36 nº 2, 2016: 107-134. <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>
- VON FLACH, Patrícia Maia. *Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia*. Tese (doutorado), Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

CAPÍTULO III- CARTOGRAFANDO AFETOS PELAS TRILHAS E ENCONTROS DA PESQUISA

Como escrevi na Introdução desta tese, fui conhecendo e compreendendo cada vez mais as CTs ao longo da pesquisa. Estes “Encontros” (DELEUZE, 2002) me afetaram de diferentes formas, muitas vezes me produzindo indignação, às vezes tristeza e outras vezes, dúvidas. Apesar de não me sentir feliz por conhecer mais sobre as CTs, sentia uma satisfação por ir compreendendo seus mecanismos. Além disso, os vários afetos negativos provocados nestes encontros me impulsionavam a estudar mais sobre estes serviços, seus modelos e métodos. Uma aparente contradição que não escapou à percepção de minha filha de 16 anos. Enquanto eu lia e comentava meus incômodos com certos trechos do livro “A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método”, de Georges De Leon, ela me questionou: “Porque ler um livro inteiro sobre um assunto que você não gosta?”. Pois é, porque mesmo que eu estava “passando aquela raiva?”, me perguntei. Respondi simplesmente que, “para criticar precisamos conhecer” e ela ficou satisfeita. Já eu, não satisfeito, segui pensando que as CTs defendem um modo de vida baseado na repressão e na obediência, na castração dos desejos. Um modo de vida que não quero, nem para mim nem para minha filha, como então posso ofertar aos demais? Percebi que eu estudava para disputar o mundo que desejo, para a produção de um saber militante e implicado (MERHY, 2004).

Assim, como cartógrafo, precisava “dar língua” a estes afetos (ROLNIK, 2007). Expressar, com o apoio da leitura, conversas de orientação e algum rigor acadêmico, os achados/afetos/mobilizações que me indignaram, entristeceram, mas que me deram satisfação ao compreender os mecanismos envolvidos nestas relações de disciplinamento, que estão em muitos lugares da nossa Sociedade, não somente nas CTs – não são as CTs mais uma peça na engrenagem de uma sociedade de controle e correção dos desviantes? –, que pautam, com destaque, tantas relações estabelecidas em nome do Cuidado. Recolhi afetos ao longo de todo caminhar da pesquisa: nos meus encontros com a literatura, nas entrevistas com usuários e trabalhadores do CAPSad, nos encontros de orientação individual ou coletiva e com minha participação no Projeto da DSD/SSRC. Converso sobre estes afetos neste capítulo, tentando seguir a provocação metodológica feita pela professora Maria Paula Cerqueira Gomes na banca de qualificação, de “dar línguas

aos afetos do que pode o encontro do seu corpinho, Leandro-pesquisador, com o mundo das comunidades terapêuticas”. Para ajudar a dar língua a estes afetos, uso novamente o conceito de Analisadores, buscando eleger entre os incômodos/mobilizações da minha trajetória cartográfica na pesquisa, marcadores que ajudem a revelar e conhecer mais sobre a experiência vivenciada, produzindo um saber da experiência (BONDÍA, 2002) no encontro entre as afecções vividas e conversas com os autores/atores que cito no texto, reencontros ou novos encontros produzidos nesta caminhada.

Como falarei de mobilizações, um texto frequentemente citado neste capítulo será “A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método”(LEON G., DE, 2008), que, como disse, me gerou muitos incômodos. Mas não só por isso. O autor é considerado referência científica sobre as CTs a nível nacional e internacional, sendo seu livro uma referência metodológica para as CTs brasileiras. Em seu prefácio, o Pe. Haroldo J. Rahm, então presidente da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), afirma que a publicação do livro pela FEBRACT serve para mostrar “a seriedade do modelo proposto, que não pode ser confundido com lamentáveis deturpações que ainda existem” e “para indicar a todos nós os patamares que teremos que atingir” (LEON G., DE, 2008). Cheguei à este texto através da revisão bibliográfica (Capítulo I), pois diversas publicações faziam referência ao autor como importante referência do campo (COTTA; FERRARI, 2015; FISCHER, 2004; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a), bem como usavam seu método para parametrização de diferentes pesquisas avaliativas (GÓMEZ-RESTREPO *et al.*, 2017; SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, M. A. Dos, 2014). O autor também está presente em eventos formativos da FEBRACT, como pode ser observado no canal de YouTube da instituição. A sinergia entre as recomendações contidas no livro e os relatos de funcionamento das CTs em diferentes situações – especialmente as problemáticas – chama atenção. Assim, apesar de reconhecer que existem significativas diferenças de atuação entre a grande variedade de CTs existentes no Brasil, tomo o Modelo descrito neste livro como a imagem-objetivo das CTs no Brasil.

As CTs e a Política Pública

Quando comecei este estudo, tinha como forte referência a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da portaria 3.088 de 2011. Esta portaria – publicada durante uma gestão federal progressista, que contava com a participação de diferentes atores envolvidos com o movimento da luta antimanicomial – incluiu oficialmente as CTs como parte da RAPS, classificando-as como “Serviços Residenciais Terapêuticos” (BRASIL, M. Da S., 2011), assim como as Unidades de Acolhimento. Apesar das diversas indicações – em debates e textos – sobre as características manicomiais das CTs, por tomar a portaria 3.088/2011 como referência, eu considerava que, ao fazer parte da RAPS, seria possível, de alguma forma, que as CTs pudessem integrar-se efetivamente à uma Rede de Atenção antimanicomial. Admito que a minha simpatia pelo governo que editou a portaria possa ter contribuído para considerar esta possibilidade. Quando apresentamos o projeto de pesquisa à DSD/SSRC, coloquei a questão “Há salvação para as CTs?” – tema que retomo nas Considerações Finais –, fazendo uma óbvia provocação em relação à ideia de “salvação” que estes serviços prometem, mas também pensando em minha experiência no CEPAD-BA na inspeção de CTs, visando uma possível adequação destes serviços aos princípios da RAPS. O próprio termo “Comunidade Terapêutica” também gerava algum confundimento, pois foi cunhado para designar experiências surgidas na Europa pós-guerra mundial – na Inglaterra – para designar experiências alternativas ao tratamento manicomial. Uma ironia, segundo Oliveira (2012), pois nomeia atualmente um serviço tipicamente manicomial, com um termo vinculado à superação destas práticas. Ao estudar o processo de expansão das CTs no Brasil nos últimos anos, principalmente através de sua inclusão nas políticas públicas do Governo Federal, observamos que esta ironia tem sido conveniente para uma narrativa de compatibilidade destes serviços com a garantia de direitos das pessoas com sofrimento mental. Também observamos outras ironias – enquanto incoerências ou até escárnio – que revelam as estratégias de disputa pela ampliação destes serviços no orçamento público, justificando retrocessos nas políticas de atenção às pessoas vulnerabilizadas e em sofrimento mental envolvidas com uso de álcool e outras drogas.

As primeiras CTs brasileiras surgem na década de 1960, apresentando significativo crescimento a partir do final dos anos 90, com quase 80% das CTs pesquisadas em

2016 tendo sido criadas a partir de 1996 (IPEA, 2017). Neste ritmo de crescimento, atualmente dever haver um número ainda maior de CTs criadas nos últimos anos. Não há consenso sobre a origem destes serviços. Associa-se a metodologia das atuais CTs à criação do Movimento (ou Grupo) de Oxford, organização religiosa fundada na Inglaterra no início do século XX (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018b). O Grupo de Oxford tinha como mensagem “um retorno à pureza e inocência dos primórdios da Igreja cristã” e a missão do “renascimento espiritual dos cristãos”, através do amplo acolhimento a todos os tipos de sofrimento humano (LEON G., DE, 2008, pp. 17–18). As associações de Alcoólicos Anônimos (AA) e a Synanon, ambas criadas nos EUA no início do século XX, também são relacionadas à “genealogia” do atual modelo das CTs (LEON G., DE, 2008). Apesar de apresentarem diferenças metodológicas entre estes grupos/associações, o autor demarca a influência do Grupo de Oxford sobre as demais, citando que “Entre os princípios da AA diretamente provenientes do movimento do grupo de Oxford estão a noção de confessar-se aos outros, de reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença do grupo” (LEON G., DE, 2008, p. 19), com a diferença que a AA e Synanon não tomam como referência uma religião específica, mas uma fonte espiritual proveniente de um poder superior, que pode diferir a depender da crença de cada indivíduo. Finalmente, como já citado, também há uma associação com o termo “Comunidade Terapêutica” desenvolvido pelo psiquiatra Maxwell Jones na Inglaterra, a partir das décadas de 1940-50 como alternativa aos hospitais psiquiátricos, baseada na convivência comunitária e participação dos usuários nas decisões sobre seus tratamentos (LEON G., DE, 2008; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a). No entanto, afirma-se que as atuais CTs “guardam poucas semelhanças com esse modelo” desenvolvido por Jones (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 11). Apesar de De Leon afirmar que as CTs da psiquiatria social – relacionadas à experiência de Jones – possuem algumas características comuns ao modelo das atuais CTs, o mesmo também considera que “Afora a designação, não há elementos que permitam ver com clareza se as CTs psiquiátricas inglesas influenciaram as CTs de tratamento da dependência química na América do Norte” (LEON G., DE, 2008, p. 14). Assim, observamos que há mais elementos apontando para uma origem religiosa-moral das atuais CTs do que psicossocial.

A significativa expansão das CTs brasileiras ao final do século XX e início do XXI – através da iniciativa privada e filantrópica, especialmente de grupos religiosos – precedeu um importante movimento de legislação sobre estes serviços, inserindo as CTs cada vez mais nas políticas públicas e financiamento governamental, intensificado na segunda década do século XXI. Segundo (Rezende, 2021, p 16), “O início dos anos 2010 foi marcado pela construção do discurso moral e securitário sobre a epidemia do crack”, com a consequente criação do decreto nº 7.179/10, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, e do programa do Governo Federal “Crack, é Possível Vencer”, que fundamentaram o início do financiamento das CTs através do Ministério da Justiça (Santos, 2018; Rezende, 2021). Aqui, mais uma ironia – como sugeriu Marcus “Matraga” Oliveira –, pois o que justifica a participação, cada vez maior, das CTs nas políticas e no orçamento público brasileiro é uma epidemia falsa, que não existe, como já comprovou o amplo estudo da FIOCRUZ “Pesquisa Nacional sobre o uso de crack” (Bastos e Bertoni, 2014)²³, mas que estimula o pânico social, legitimando as políticas de repressão. Antes de 2010, apenas duas normativas tratavam diretamente das CTs (Teixeira, 2017): a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101/2001 da ANVISA, regulando especificamente o funcionamento das CTs; e a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que inclui as CTs como entidades beneficentes de assistência social, com isenção de contribuições para a seguridade social. Em 2011 as CTs são incluídas como parte da RAPS, com subseqüentes regulamentações do Ministério da Saúde sobre esta atuação, inclusive financiamento. Também em 2011 a RDC 101/2001 é revogada, sendo substituída pela RDC 29/2011, significativamente menos exigente com o funcionamento das CTs. No entanto, o que mais chama atenção neste período é a publicação da Resolução nº 01 de 19 de agosto de 2015, pelo Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), afirmando que as CT não são estabelecimentos de saúde, mas serviços de “acolhimento voluntário” de cuidado e reinserção social, vinculados à Política sobre Drogas e ao Ministério da Justiça (TEIXEIRA, M. B. *et al.*, 2017), retirando a competência do Ministério da Saúde sobre as CTs. Esta

²³ Esta pesquisa, aprovada internacionalmente e que custou aproximadamente 7 milhões de reais, permanece “engavetada”, sem uso pelo Governo Federal, pois foi classificada como “não confiável” e de caráter “ideológico” pelo Ministro Osmar Terra. <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/terra-diz-nao-confiar-na-fiocruz-e-pesquisa-sobre-drogas-e-engavetada/> (acesso em 12/02/22)

Resolução do CONAD gerou uma disputa judicial, sendo suspensa em 2016 por decisão liminar, a pedido da Procuradoria Regional de Defesa do Cidadão (PRDC/MPF) de São Paulo, mas o julgamento final pelo Tribunal Federal da 3ª Região (São Paulo), em 19 de junho de 2018, manteve a validade da Resolução CONAD nº 1/2015 e a competência do Ministério da Justiça sobre as CTs (Santos, 2018, p. 29). Não à toa, esta Resolução é considerada como o Marco Regulatório das CTs no Brasil (Rezende, 2021), como informado nas páginas Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENAC)²⁴ e da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)²⁵.

Ao analisar os marcos normativos das CTs brasileiras, de 2001 à 2020, Rezende (2021) discute a ambivalência destas normas, argumentando que a natureza jurídica das CTs às caracteriza como dispositivos da saúde, mas que passaram a ser regulamentadas como serviços da Justiça ou Assistência Social. Uma das hipóteses para esta mudança, é que a pressão dos atores sociais no campo da saúde estabeleceu um importante rigor para a concessão de financiamento a estes serviços, visto que até o momento não há registro de subsídios federais às CTs com recurso da saúde (Weber, 2021). Estas ambivalências legais, ao contrário do que possa parecer, tem beneficiado as CTs, permitindo “seu fortalecimento institucional, em um jogo de forças que contempla os campos político, jurídico e social.” (Rezende, 2021. p. 9). Nestas disputas pela participação nas políticas públicas e seu financiamento, observa-se a constituição de um “campo organizacional” das CTs no Brasil, com articulação técnica e política a nível nacional e internacional – com vinculação das Federações brasileiras às redes internacionais de CTs – e ampla capilaridade no país, atuando em conselhos gestores de políticas públicas nas três esferas de governo, ampliando acesso a benefícios e parcerias institucionais (Pires, 2018). O campo organizacional das CTs articula também uma ampla atuação religiosa – através de federações religiosas nacionais e internacionais – com forte participação no Congresso Nacional, através de parlamentares ligados ou representantes destas religiões:

²⁴ <http://www.confenact.org.br/?p=225;http://www.cruzazul.org.br/artigo/126/resgate-historico-da-construcao-do-marco-regulatorio-das-comunidades-terapeuticas-do-brasil> (acessado em 15/03/22)

²⁵ <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/MENU-LEGISLA%C3%87%C3%83O-DAS-CTs-NO-BRASIL.pdf> (Acesso em 15/03/22)

“[...] destacam-se também as relações estabelecidas com membros do Legislativo nos três níveis da federação, envolvendo a criação, no Congresso Nacional, de uma frente parlamentar de apoio ao trabalho das CTs em 2011, posteriormente renovada em 2015. Esta frente tem exercido uma defesa ativa das CTs nos debates congressuais e apresentado projetos de lei voltados para a ampliação de formas de financiamento público a essas instituições.” (Pires, 2018, p. 134)

Após o Golpe Jurídico-Midiático-Parlamentar de 2016, observamos uma produção mais intensa de normativas, legitimando as CTs como parte das políticas públicas voltadas ao cuidado de pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas. A Portaria Interministerial²⁶ nº 2, de 21 de dezembro de 2017, que institui o Comitê Gestor Interministerial voltado à “prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa”, define como foco de ação o acolhimento residencial transitório em CTs. O novo Governo também altera a composição do CONAD, que lança nova resolução (Resolução nº 1/2018) determinando a Abstinência como objetivo central do cuidado às pessoas com problemas com uso de SPA's, como parte de ações que caracterizam um avanço da “agenda de (contra) reformas das políticas de saúde mental” (Santos, 2018. p 30-31). Ainda em 2018, através da Portaria nº 3.449, o Ministério da Saúde cria o Comitê das Comunidades Terapêuticas, com a finalidade de “discutir, avaliar, propor ou alterar resoluções, portarias, normas técnicas e documentos congêneres no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas” que versem sobre as CTs. Com a ascensão do governo de extrema direita a partir de 2019, as CTs ganham ainda mais destaque na participação de políticas voltadas para a assistência de pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas. Uma nova Política de Saúde Mental é publicada em fevereiro de 2019²⁷, ressaltando a Abstinência como objetivo do tratamento e retomando práticas manicomiais, como a ênfase no internamento ou o uso de eletroconvulsoterapia, a despeito de referir orientar-se pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. E em abril deste mesmo ano, através do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, é publicada a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), também

²⁶ MINISTROS DE ESTADO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, DA SAÚDE, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO TRABALHO.

²⁷ Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde.

tomando a Abstinência como foco e dando ênfase à participação das CTs, com importante estímulo às mesmas, determinando que é papel do Estado “Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.”²⁸. Finalmente, nesta gestão do Governo Federal, também através de decreto presidencial²⁹, as ações de cuidado, prevenção e reinserção social referente às drogas são transferidas do Ministério da Justiça e Segurança Pública para o Ministério da Cidadania (Rezende, 2021), que passa a editar diversas normativas sobre estes serviços.

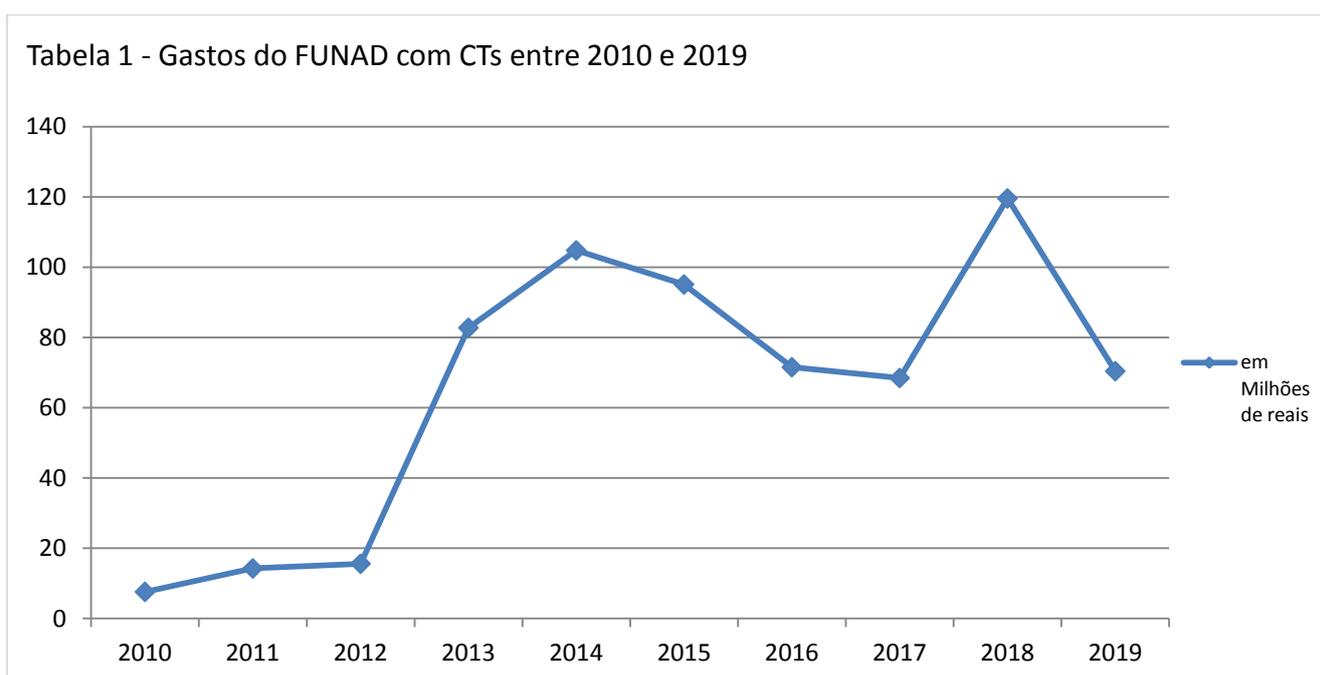
Não é nosso objetivo realizar uma análise aprofundada das normativas sobre as CTs ou das políticas sobre drogas, disponíveis em outros textos (Rezende, 2021; Teixeira, 2016), mas a breve descrição deste processo nos aponta para uma maior regulamentação e presença das CTs nas políticas públicas associadas ao avanço do conservadorismo no Governo. A despeito da entrada das CTs no financiamento público federal ter se dado em um governo progressista, é a partir do Golpe que destituiu este Governo e a ascensão da extrema-direita que estes estabelecimentos ganham maior destaque nas políticas assistenciais. Não há somente uma identidade com a base política e religiosa do governo de extrema-direita – inclusive no Congresso Nacional – mas principalmente identidade de valores, através de uma visão moral sobre os problemas das drogas e outras questões sociais, bem como o desprezo pelas vidas que não estão alinhadas ao seu projeto de mundo.

Analisando este processo histórico tenho a sensação, por um lado, que as CTs estão “patrolando” o caminho para consolidar sua participação nas políticas públicas, com grande alinhamento com o movimento conservador que ocupou o cenário político brasileiro nos últimos anos, como se fosse algo inevitável diante da forte articulação política, especialmente no Congresso Nacional. Por outro lado, tenho um sentimento de satisfação ao perceber as ações de resistência dos atores no campo da Saúde, levando estes serviços a procurar abrigo em campos mais

²⁸ Diretriz 5.2.6., referente ao “TRATAMENTO, ACOLHIMENTO, RECUPERAÇÃO, APOIO, MÚTUA AJUDA E REINSERÇÃO SOCIAL”, Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Presidência da República.

²⁹ Decreto nº 9.674/2019

conservadores, como a Justiça. Como citado anteriormente, a análise do financiamento às CTs, feita por Weber (2021) em uma das pesquisas financiadas pela DSD/SSRC, demonstra que até 2019 ainda não havia qualquer repasse financeiro da saúde às CTs. Por outro lado, o financiamento pelo Ministério da Justiça, através do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) apresentou significativo aumento a partir de 2013, mantendo-se em um patamar alto até 2019, como pode ser observado no gráfico abaixo, adaptado de Weber (2021):



Adaptado de: WEBER, Renata. O financiamento público de Comunidades Terapêuticas: Gastos Federais entre 2010 e 2019. In. RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021.

Os picos de gastos em 2014 e 2018 chamam atenção por serem anos eleitorais, o que pode estar relacionado ao apoio político-eleitoral destes serviços, mediante financiamento público. No entanto, não temos mais elementos para afirmar esta hipótese. Por outro lado, ao analisar as despesas federais com a Saúde Mental no mesmo período, a autora citada apresenta uma mudança na tendência de financiamento a partir de 2016. Antes deste período, se observava um aumento progressivo dos investimentos em ações extra-hospitalares, com gradual redução dos gastos hospitalares, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da 10.216/2001, que prioriza o atendimento em serviços comunitários de saúde mental, determinando, em seu artigo 4º que “A internação, em qualquer de

suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. No entanto, em 2016 registra-se uma interrupção desta tendência, com redução e estagnação dos investimentos nas ações extra-hospitalares. Já em 2017, observamos a interrupção na tendência de queda dos gastos hospitalares, com estabilização do seu valor (Weber, 2021), indicando que a política de Saúde Mental dos governos pós-Golpe não segue as Diretrizes da Reforma. Ainda sobre financiamento das CTs, vale lembrar que em 2016, 56% das quase 2.000³⁰ CTs pesquisadas pelo IPEA recebiam financiamento de ao menos duas esferas de governo, entre municipal, estadual ou federal (IPEA, 2016).

Para finalizar este tópico, retomo a discussão sobre a disputa de narrativa de que as CTs respeitam os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e são compatíveis com a Rede de Atenção Psicossocial. Primeiramente, me parece que esta narrativa é quase uma questão de sobrevivência das CTs dentro das políticas públicas. O entendimento de que as mesmas não atendem às determinações da lei nº 10.216/2001 – que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas – significa constatar a ilegalidade destes equipamentos para prestar serviços à população brasileira. No entanto, nesta pesquisa encontramos textos técnicos, acadêmicos e normativas federais sobre as CTs, afirmando que as ações destas serviços são compatíveis com a lei e a RPB, mesmo que inúmeras evidências apontem para o contrário. Há os que argumentam que a 10.216/2001 é muito abrangente. Abrindo brecha para as CTs. Me chamou especial atenção o texto de Perrone (2014), que argumenta pela compatibilidade das CTs com diversos conceitos do modelo assistencial orientado pela Reforma. Minha surpresa foi encontrar uma revista como a *Ciência e Saúde Coletiva*, publicando um texto que afirma que as CTs trabalham na perspectiva da “desinstitucionalização” dos seus usuários, com “horizontalização das relações” entre usuários e equipe, “singularização” do tratamento e baseado no “modelo psicossocial” (Perrone, 2014. p 575-576), quando observamos em diversos textos apontando justamente para o contrário destas afirmações, ou seja, tendência à institucionalização (NATALINO, 2018); relações autoritárias e punições; tratamento

³⁰ O relatório da pesquisa informa que “Pouco mais da 50% da amostra respondeu à todas as questões sobre as fontes de financiamento.” (IPEA, 2016, p. 30).

único para todos os usuários e antagonismo com o modelo psicossocial(SANTOS, M. P. G. Dos, 2018b).

No Capítulo I, apresentamos diversos autores que associam as práticas das CTs às práticas e concepções psiquiátricas do início do século XX, como aquelas defendidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental (Bolonheis-Ramos e Boarini). Da mesma forma, identificamos diversos artigos apontando para a incompatibilidade das CTs com a lei 10.216/2001, pois consideram que estes serviços não respeitam os direitos dos usuários (BADAGNAN; BRITO; VENTURA, 2013) e tem práticas de característica asilar (BARDI, 2019), ao impor tratamento único para todos ou promover isolamento com restrição de contatos, por exemplo. Um exemplo desta contradição é a frequente prática de isolamento e restrição de comunicação nas CTs, amplamente documentada na revisão bibliográfica no Capítulo I e recomendada pela própria literatura técnica de referência, enquanto a lei 10.216/2001 coloca como um dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis”³¹. Os profissionais entrevistados para a pesquisa apresentada no Capítulo II também percebem as CTs como serviços muito próximos dos hospitais psiquiátricos. Para os profissionais do CAPSad, assim como as CT's, os internamentos psiquiátricos também levam a uma descontinuidade no cuidado, pois “tudo o que foi feito antes do internamento” é desconsiderado. No hospital “não respeitam nem a prescrição prévia” da psiquiatria do CAPSad ou outros tratamentos já desenvolvidos. Para um profissional, tanto no Hospital Psiquiátrico como na Comunidade Terapêutica o usuário “recebe seu itinerário pronto e tem que seguir”, ambos são “prescritivos”, sendo que um prescreve com base no discurso “científico” e outro baseado no discurso “religioso”. Da mesma forma, compreendem que CT e hospital promovem uma “exclusão subjetiva do sujeito”, desconsiderando sua ampla história de vida, reduzindo o usuário ao seu diagnóstico/transtorno e operando um tratamento prescritivo que visa “calar o sintoma” para devolver pessoas aptas à sociedade.

Assim, observamos que as CTs vão pavimentando seu caminho – “patrolando” ou “passando a patrol”³² – com a força de uma intensa articulação política,

³¹ Artigo 2º, inciso VI. 10.216/2001.

³² “Patrol” vem do termo em inglês que significa “patrulha”. É popularmente utilizado para nomear as Motoniveladoras, máquinas de grande porte desenvolvidas para trabalhos de nivelamento,

principalmente de base religiosa, articulando grupos religiosos conservadores a nível nacional e internacional, com grande capilaridade na sociedade – em especial através da atuação de religiões cristãs nas periferias das cidades – e representação nas Casas Legislativas municipais, estaduais e federais, bem com em outros poderes, através de membros do Executivo e Judiciário “terrivelmente cristãos”³³. Este projeto segue à revelia das políticas de saúde – e seus dispositivos legais – construídas ao longo dos últimos 40 anos, baseada em falsas narrativas sobre a História, a saúde, a vida e as drogas. A única relação das CTs com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, observada por nós, é uma relação de decomposição, de disputa por recursos e desfinanciamento, uma Contra-Reforma Psiquiátrica, inserida em disputas ainda maiores, pelo controle da máquina do Estado e a prescrição de um modo de vida baseado na moral judaico-cristã em nossa sociedade.

Tratamento Moral e sua Clínica

Estes Analisadores se apresentaram de forma significativa assim que comecei a caminhada da pesquisa sobre as CTs. Confesso que pouco conhecia o termo “Tratamento Moral”, sabendo vagamente que estava associado ao passado da psiquiatria. Não conhecia suas técnicas e sua história. Os afetos mobilizados por este Analisador surgem no contato inicial com a literatura, como foi apresentado no Capítulo I, e acompanha toda a produção da pesquisa: no retorno ao CAPSad para realização do estudo financiado pela DSD/SSRC; na oficina e nas discussões com revisores para produção do artigo descrito no Capítulo II; na qualificação e demais encontros de orientação, individual ou coletiva, todos eles me provocando diferentes inquietações e questionamentos sobre como lidar com uma proposta assistencial que assume ter uma visão culpabilizante da pessoa que sofre e um tratamento em série, baseado na normalização do indivíduo através de um regime disciplinar, com o objetivo de produzir uma conversão “moral-subjetiva” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018a, p. 96), que implica na mudança da identidade/personalidade do indivíduo

usada em terraplanagem, pavimentação e afins. <https://armac.com.br/blog/maquina/motoniveladoras/motoniveladora-ou-patrol/> (Acesso em 15/03/22). “Passar a patrol” ou “patrolar” é utilizado como gíria significando abrir caminho de forma grosseira ou na força bruta.

³³ Adaptação da frase pronunciada pelo atual presidente da república sobre a qualidade necessária a um Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), que deve ser “Terrivelmente evangélico”.

para atender aos padrões comportamentais vigentes. E não só isso, perceber que o tratamento opera uma Clínica Moral, com seu arsenal Semiológico e Terapêutico orientado pelos princípios morais dos serviços. O que mais me surpreendeu não foi o uso da moral para interpretar os problemas e sofrimentos relacionados ao uso e abuso de substâncias, pois isso eu já vivenciei em práticas de profissionais em diversos serviços de saúde, seja em Unidades Básicas, CAPS ou Hospitais – até mesmo nas minhas, ao longo da minha (de)formação profissional e de vida –. A surpresa foi perceber um Modelo de Cuidado/Assistencial orientando toda a estruturação do serviço e das práticas clínicas a partir de princípios morais, como bem descrito por De Leon em seu livro de referência.

Na psiquiatria, o tratamento moral surge no século XVIII como proposta de humanização da assistência da época, marcada pela brutalidade, gerando uma tendência de reformas que se expandem por toda Europa e chegam ao continente americano no início do século XIX (KINOSHITA, 2000). Philippe Pinel é um importante expoente destes movimentos, seus métodos “moldaram as instituições de tratamento desde então” (KINOSHITA, 2000, p. 30). O princípio do método consistia em acessar a capacidade de raciocínio presente no “doente”, persuadindo-o para que fizesse uma escolha consciente pela cura, representada pela adesão “aos comportamentos e valores da sociedade normal” (KINOSHITA, 2000, p. 30), através de um tratamento baseado no ambiente saudável, na disciplina rigorosa e na relação próxima e humana entre terapeutas e pacientes, “seguindo a imagem de uma família dirigida por um pai severo e amoroso” (KINOSHITA, 2000, p. 34). Apesar das técnicas de Pinel e outros psiquiatras da época se caracterizarem como uma reforma do sistema psiquiátrico vigente, buscando a humanização do cuidado, ainda assim se observa a manutenção de práticas autoritárias e violentas, a partir de outros métodos. Para Foucault (FOUCAULT, 2007, p. 27), o tratamento baseava-se no enfrentamento de duas vontades em uma relação de poder assimétrica, onde médicos – e seus representantes – utilizando da disciplina, vigilância e controle, submetiam os “enfermos” a um padrão de comportamento considerado normal. A adesão ao comportamento prescrito era recompensada através de um sistema de retribuição, chegando até o retorno à sociedade e à “cura”. O cotidiano no asilo era organizado a partir de restrições e carências, sendo que a adesão – ou obediência – ao padrão comportamental prescrito tinha como retribuição a diminuição das

restrições. Por outro lado, resistir ao tratamento significava a manutenção das carências organizadas pela disciplina da vida asilar, sendo a maior delas a falta da liberdade (FOUCAULT, 2007, p. 184). Assim, o exercício da força física dá lugar à força/poder disciplinar que, segundo o autor, não é menos física, pois age igualmente sobre os corpos dos indivíduos (FOUCAULT, 2007).

Apesar de De Leon não fazer referência à expressão “tratamento moral”, os conceitos e métodos empregados são típicos deste modelo, fato observado por diversas pesquisas, como apontado no Capítulo I. A recuperação ou “cura” é compreendida como uma mudança completa “de estilo de vida e de identidade”(LEON G., DE, 2008, pp. 71; 91) em um processo que envolve o aprendizado de “capacidades, atitudes e valores comportamentais associados à vida socializada” (LEON G., DE, 2008, p. 73), assumindo uma identidade compatível com os valores sociais tradicionais: “ser uma pessoa estável, confiável, responsável e autoconfiante; ser um bom pai/mãe, cônjuge ou filho(a); e ter e procurar realizar metas em termos de educação, carreira, dinheiro, lar e relacionamentos”(LEON G., DE, 2008, p. 96) e ser útil aos demais, o que o autor denomina de uma “vida valorizada”. Como descrito no Capítulo I, encontramos CT’s que se referem a este processo de mudança de identidade como uma conversão do indivíduo, com a morte simbólica de uma identidade desviante e o renascimento de uma nova identidade, compatível com as expectativas sociais. Trata-se de uma conversão moral-subjetiva, que também pode acompanhar uma conversão do indivíduo à religião da CT. Para operar esta mudança, o ambiente físico tem um papel fundamental (LEON G., DE, 2008, pp. 111–128). Através de um ambiente controlado, disciplinado e protegido de influências externas, os novos valores são trabalhados cotidianamente através das relações entre internos e terapeutas. As lembranças alegres da vida anterior que conflitem com o código moral devem ser esquecidas, não sendo permitido falar do assunto entre os demais internos, atitude passível de punição. Por outro lado, os grupos terapêuticos procuram dar ênfase às lembranças de dor e sofrimento, relacionadas – ou relacionando-as – ao uso de drogas, como forma de demonstrar que o usuário perdeu o controle de sua vida – chegou ao “fundo do poço” – permitindo assim a reconstrução de uma nova identidade. O processo de mudança da identidade pode ser resumido em três estágios, segundo o autor: “dissipação dos elementos da identidade antiga, reestruturação de elementos de nova identidade

social e pessoal [...] e desenvolvimento continuado da identidade depois do tratamento, no mundo real.” (LEON G., DE, 2008, p. 370).

Como método de reestruturação da nova identidade, o tratamento utiliza um sistema de “privilégios e sanções”(LEON G., DE, 2008, p. 271), premiando comportamentos compatíveis os valores prescritos através de privilégios que refletem níveis graduais de liberdade individual e poder sobre demais internos, em um sistema progressivo de hierarquia organizacional. Por outro lado, atitudes incompatíveis com o “código moral” (LEON G., DE, 2008, p. 81) e valores da comunidade recebem distintas punições – discutidas à seguir – com a perda dos privilégios e liberdades alcançadas, podendo chegar ao desligamento do programa. Estes últimos são considerados “desistentes”, pois a não adesão aos valores é compreendida como uma imaturidade para aceitar o tratamento naquele momento. Importante ressaltar que encontramos – tanto na literatura como na experiência com usuários do CAPSad – relatos frequentes de culpabilização dos usuários por desistirem do tratamento em CTs. As CTs consideram que o abandono do tratamento não tem qualquer relação com o método ou o estabelecimento, mas com o usuário que ainda não tem “maturidade” para enfrentar o mesmo. Uma dissertação de mestrado, investigando motivos de abandono de tratamento em CT, implicou apenas o “perfil” do usuário como responsável pelos abandonos, ignorando a responsabilidade dos estabelecimentos pesquisados (PERRONE, 2014b). Como afirmou uma trabalhadora do CAPSad participante da nossa pesquisa – ver Capítulo II –, ao apontar a culpabilização do usuário que abandona o internamento: “É como se o usuário estivesse recusando uma grande oportunidade recebida! Como se a CT fosse um grande benefício que ele está ‘jogando fora’”. Segundo De Leon, nas CT’s o termo “fracasso” está reservado para duas situações: “o ato de não tentar ou desistir” (LEON G., DE, 2008, p. 76). Assim, aquele que é punido com o desligamento, o desistente, é também o fracassado, sendo o único culpado/responsável pelo seu fracasso. Este Modelo compreende que todo este processo é uma escolha do indivíduo, que se entrega voluntariamente ao programa adotado pela CT. Apesar de ser considerado um tratamento voluntário, a adesão implica uma submissão completa aos métodos. Para tanto, é solicitado ao interno uma “Fé cega” no tratamento, devendo “atender as exigências do programa sem questionar, mesmo que não possam ver, não compreendam ou mesmo não

acreditem nos benefícios que isso possa trazer”(LEON G., DE, 2008, p. 348). No tratamento de conversão das CT's, “a fé cega reflete o próprio processo de mudança”(LEON G., DE, 2008, p. 348).

Assim como o tratamento asilar, o método das CTs prevê o afastamento do indivíduo da sociedade. Compreendem que é necessário afastar-se das suas relações e do meio onde vivem para que, em outro espaço, contexto e relações, os novos comportamentos e a nova identidade possam ser formatados. Destaca-se a importância clínica do controle das relações no processo terapêutico das CT's, em especial pelo “modo como os problemas de relacionamento podem provocar a retração ou a explosão de reações”(LEON G., DE, 2008, p. 199). Cabe a equipe terapêutica definir quais os relacionamentos são adequados, fundamentando suas ações em estratégias terapêuticas, como as “estratégias de treinamento social” que “prescrevem as expectativas e procedimentos da comunidade que orientam os relacionamentos” (LEON G., DE, 2008, p. 199). Relacionamentos anteriores, externos à CT, são “considerados críticos” e devem ficar “em suspenso” até nova definição da equipe terapêutica(LEON G., DE, 2008, p. 208). Diante de uma usuária internada que desejava abandonar o tratamento para estar com seus filhos, a resposta é “Você veio para cá porque usava drogas, e é por usar drogas que não pode cuidar dos filhos.” (LEON G., DE, 2008, p. 209), condicionando este encontro à adesão ao tratamento. Os relacionamentos dentro da própria CT também são restritos. As amizades são estimuladas se consideradas como “vínculos positivos”. Os “amigos negativos”, que podem estimular o uso de drogas, a desobediência ou abandono do tratamento devem “ser substituídos por vínculos positivos” (LEON G., DE, 2008, p. 207). Os “relacionamentos românticos” que “incluem comportamento sexual” (p. 204) comportam maior risco de rupturas. “Há um período de moratória aplicado às interações sexuais dos residentes até que seja clinicamente apropriado permiti-las” sendo possível “garantir privilégios de sexo seguro durante as folgas e no contexto de relacionamentos românticos” (LEON G., DE, 2008, p. 201). Nesse ínterim é ofertado importante investimento em educação sexual “para o ajuste sexual saudável” (p. 201). Finalmente, caso um usuário internado deseje iniciar um relacionamento romântico com outro membro da comunidade, deve “comunicar seu desejo ao corpo de funcionários, que avalia a capacidade do participante para entrar num relacionamento”(LEON G., DE, 2008, p. 205). Como já citado no Capítulo I,

muitas CTs consideram as relações homossexuais como imorais ou desviantes/inadequadas, sendo reprimidas durante o internamento através de punições ou mesmo expulsões. A negação da homossexualidade expõe os usuários ao risco de práticas sexuais não protegidas (SILVA, M. A. R. Da, 2013). Também demonstra que a conversão moral-subjetiva nestes serviços implica uma tentativa de conversão da orientação sexual.

O controle dos relacionamentos também se dá no acompanhamento após a alta – período de ameaça à nova identidade pelo contato com o ambiente externo³⁴ – buscando-se relações que conformem uma “rede que possa afirmar continuamente perspectivas saudáveis, sobre o eu, a sociedade e a vida”(LEON G., DE, 2008, p. 77). Um dos artigos pesquisados aponta a desconfiança de uma equipe de CT diante do novo relacionamento de um usuário, pois sua mulher “já tinha dois filhos e, por várias vezes, tinha promovido cenas de ciúme [...]. A instituição tinha receio de que a mulher rivalizasse com o bom andamento do tratamento”(RUI, 2010, pp. 67–68). Desta forma, com base nos valores morais incorporados como tecnologia de cuidado, o tratamento tenta definir as relações estabelecidas por cada usuário, desconsiderando a importância das mesmas para cada indivíduo, seus desejos e projetos.

Enquanto estudava a descrição dos métodos de conversão utilizados no tratamento moral das CTs, assisti ao filme de ficção “Boy Erased” na Netflix, baseado em um livro homônimo escrito por Garrard Conley, que conta sua história em um centro de terapia para conversão da sexualidade – cura gay – quando foi enviado por sua família para “tratamento” da sua homossexualidade aos 18 anos de idade. Com atores hollywoodianos, o filme apresenta exatamente os princípios e métodos descritos anteriormente. O sofrimento, relacionado a não aceitação da homossexualidade, é compreendido como consequência de uma falha moral, enquanto os benefícios de uma vida convertida à nova identidade são enfatizados como reconhecimento do caminho adequado. “Fake it, until make it” – Finja até fazer – dizia o pastor responsável pelo tratamento, no filme, como forma de ir

³⁴ Aqui me chama atenção os resultados na pesquisa de revisão, descrita no Capítulo I, onde a prática do Cuidado após-alta – ou também “aftercare” – é apresentada como mais uma etapa do tratamento, com serviços organizando-se para ofertar regularmente esta ação, ampliando seus recursos de controle sobre os usuários após alta.

gradualmente incorporando os valores e comportamentos da vida valorizada heterossexual. O mesmo método de conversão aplicado a pessoas não heterossexuais, denunciado pelo filme, é aplicado nas CTs a outros comportamentos considerados desviantes.

A crítica que fizemos ao Tratamento Moral utilizado pelas CTs, durante a investigação financiada pela DSD/SSRC – ver Capítulo II –, gerou reações de alguns colegas da pesquisa. Essas pesquisadoras e pesquisadores argumentaram que o julgamento moral nas relações assistências não é exclusivo das CTs ou mesmo do chamado “tratamento religioso”, e que os serviços públicos/estatais se orientam fortemente por determinadas moralidades. Logo, nossa pesquisa poderia cair no viés de tentar julgar as moralidades das CTs e não analisá-las. Estes questionamentos também nos afetaram e nos fizeram refletir sobre o tema. Reconhecemos que as relações de cuidados nos serviços de saúde são pautadas pelas moralidades individuais de cada trabalhador/a, pois a forma como o profissional se conecta com as necessidades trazidas por cada indivíduo depende do modelo de organização do trabalho em saúde, bem como “do universo ideológico do próprio trabalhador” (Merhy, 1997. 135). No modelo médico hegemônico, pautado pela produção de procedimentos, as demandas dos usuários e as intervenções dos profissionais em geral são pautadas pelo saber da medicina tecnológica, que detém o saber sobre indivíduos e suas necessidades, colocando muitas vezes o usuário em uma relação de “intersecção objetiva”, destinatário da intervenção definida pelo profissional de saúde, em contraposição a relações de “intersecção partilhada”, onde o profissional abre espaço para a compreensão de mundo do outro, seus pedidos e projetos, tomando o saber estruturado (leve-duro) como recurso possível e não como orientador da ação. Assim, percebemos que a discussão do modelo de cuidado das CTs vai muito além das moralidades que pautam determinados indivíduos ou grupos nas suas relações profissionais no mundo do cuidado. Percebemos que os códigos morais que orientam o modelo assistencial das CTs passam a cumprir a função dos saberes estruturados da medicina tecnológica, pautando também o próprio trabalhador.

Neste modelo terapêutico, a moral é incorporada como razão instrumental (RIVERA, F. J. U., 1995) no exercício da clínica. A Moral – definida como “um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e

social dos homens” (Vazquez, 2017, p. 63), de caráter histórico e relacionada com a estrutura social vigente – é incorporada como um saber técnico e assistencial pelas CTs. Com base nestas normas e valores dominantes na sociedade, o Modelo de Cuidado das CTs estabelece seus critérios de normalidade/anormalidade, definindo um diagnóstico – falha ou defeito de caráter, decadência moral, “disfunção múltipla” (De Leon, 2008) etc... – diante de determinados comportamentos – viver nas ruas, consumir drogas, mentir, enganar, roubar, cometer atos ilícitos, etc... – propondo um método terapêutico bem estruturado, tendo como parâmetro de cura a “vida valorizada”, também um ideal Moral. O que defina a enfermidade é o “comportamento, as atitudes, os valores e o estilo de vida” (De Leon, 2008) dos indivíduos, que ao se desviarem do esperado são compreendidos como “Sintomas Morais” (Schneider, 2011, p. 317). Esta significação da doença a partir de um conjunto de características dos indivíduos é justamente uma característica do método clínico, compreendido como “Operação que transforma o sintoma em elemento significativo e que significa precisamente a doença como verdade imediata do sintoma.” (Foucault, 1998, p. 105).

Trata-se, portanto, de uma Clínica de base Moral, tecnologia leve-dura³⁵, sistematizando uma racionalidade clínica na avaliação diagnóstica, prescrição de condutas e metas terapêutica, mas ao invés de baseá-las em princípios biomédicos, como a Medicina Ocidental Contemporânea (Luz, 2019), utiliza um sistema de saberes baseados em códigos morais. Desta forma, a afirmação encontrada em alguns textos, de que um dos princípios das CTs é a “superação do paradigma da clínica” (PERRONE, 2014a) não procede, pois o Método das CTs distancia-se da Clínica Biomédica e da Clínica Psicossocial³⁶, não para produzir uma superação, mas para fundar – ou reabilitar – uma Clínica Moral, reeditando a clínica psiquiátrica do século XVIII – XIX. Importante lembrar que, como apresentado no Capítulo I, faz parte do processo de adequação das CTs brasileiras a medicalização da

³⁵ [...] as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, pag. 49)

³⁶ Como apresentado no Capítulo I, muitos documentos das CTs afirmam que o Método empregado tem uma base Psicossocial, mas esta afirmação é contestada por outros autores e, nesta pesquisa, constatamos que o Modelo das CTs antagoniza com a Clínica Psicossocial.

assistência, com a incorporação de medicamentos e saberes do campo biomédico e psicossocial, convivendo intimamente com a Clínica Moral.

Observamos também que, como a Clínica Moral reconhece apenas variações de um mesmo diagnóstico – apesar de considerar diferentes graus do problema –, apresenta a mesma proposta terapêutica “para toda e qualquer pessoa que apresente problemas relacionados ao uso de drogas” (SANTOS, M. P. G. Dos, 2018b, p. 28). O tratamento único e padronizado para todos os internos do estabelecimento é citado em diversos estudos. Se já observamos a presença da Repetição (MERHY *et al.*, 2010) na abordagem clínica das profissões de saúde, nas CTs é quase um processo em série. No entanto, também encontramos literatura sugerindo que existe a possibilidade de diferentes planos terapêuticos, mas que não conseguimos constatar em nenhum momento nesta pesquisa. Tomando como exemplo o Manual para instalação e funcionamento de Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo, que fala da “singularização” como forma de ofertar um tratamento ao usuário “de acordo com as suas características e necessidades pessoais” (CONED-SP, 2020, p. 25). Este material técnico apresenta os conceitos de “Projeto Terapêutico (PT)”, comum a todos os usuários do estabelecimento, e o “Plano de Atendimento Singular (PAS)”, voltado para cada indivíduo. No entanto, ao estudar o Manual, percebemos que o PAS está subsumido ao PT, ou seja, a singularização só pode se dar dentro do projeto terapêutico geral definido pelo serviço, que é bastante restrito e prescritivo. O PAS deve ser desenvolvido em 04 fases, com critérios mínimos que permitem a progressão para a fase seguinte. As equipes das CT podem organizar “estas Fases da forma que compreender mais eficaz” (CONED-SP, 2020, p. 26), mas devem necessariamente cumpri-las. Ou seja, o termo “singularização” está sendo usado inadequadamente, talvez para aproximar as CTs de conceitos da Saúde Mental, ao menos na retórica. Mais uma exemplo da disputa de narrativa citada no tópico anterior.

Finalmente, percebemos que o tratamento moral aplicado pelas CT's indica que há vidas que valem mais e vidas que valem menos. Se uma vida convertida é uma vida valorizada, a vida que não se adéqua ao papel esperado pela sociedade, é uma vida de menor valor. Ter a “oportunidade” da conversão e negar, é fazer escolha por uma vida de pouco valor. Uma vida que vale menos é, conseqüentemente, menos merecedora de investimentos. Especialmente em contextos de menos recursos,

deixam de ser priorizadas. Esta proposta terapêutica justifica clinicamente o abandono, pois responsabiliza unicamente o outro, é ela/ele que resiste, ela/ele que não quer. Demonstra assim, uma característica excludente enquanto princípio do próprio método.

Para Canguilhem, “o ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam estas leis”(CANGUILHEM, 2006, p. 159) e nesta interação com o meio vão produzindo seus “modos de ser na vida” (p. 166) de forma muito singular, criando novos valores e normas para si. Ou seja, não há hierarquia entre os modos de vida, mas sim o que é mais adequado a cada indivíduo, em cada contexto. Compreendemos que um Cuidado que se compromete com a vida é orientado por uma ética que “desarticula o sistema de julgamento”(DELEUZE, 2002, p. 29) para valorizar o que potencializa cada modo de vida singular: postura ética que abrace a vida também na sua dimensão trágica; não para convertê-la, mas para cuidar de seu sofrimento, enquanto busca afirmar o que há de potência na mesma, “Assumindo suas dores, e todo o lado sombrio que possa haver, como parte que não pode ser amputada da aventura de existir, sem que isto a deixe mutilada e menor.” (MOEBUS, 2014, p. 19), ou seja, um Cuidado que considera que “toda vida vale a pena”.

Cuidado Pastoral: Obediência e Salvação

As CTs brasileiras tem uma grande proximidade com as religiões, em especial as religiões cristãs. As primeiras CTs no Brasil, criadas na década de 1960, são de origem religiosa cristã. As principais Federações ou Redes brasileiras de CTs (como a FEBRACT, CONFENACT³⁷, Cruz Azul no Brasil, Fazenda da Esperança, etc.) – algumas delas presentes também em outros países – apresentam diferentes relações com religiões cristãs, desde os princípios básicos da organização, até a presença de padres, freis ou pastores em suas direções/fundações. Como apresentado no Capítulo I, mais de 85% das CTs do Brasil estão ligadas a alguma religião, 80% cristãs, com diferentes graus de presença da dimensão religiosa pautando o cotidiano do serviço. Mesmo a pequena porcentagem de CTs que declararam não ter ligação religiosa, afirmam trabalhar com base na Espiritualidade

³⁷ Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas.

e na crença em um “Poder Superior”, sendo este um “recurso terapêutico” utilizado por 95,6% das CTs pesquisadas pelo IPEA (IPEA, 2017, p. 21). A ligação com princípios cristãos está na genealogia das CTs, como apresentado anteriormente, a partir do texto do De Leon. Assim, princípios e técnicas religiosas marcam modelo e métodos destes serviços. Na banca de qualificação, em março de 2021, o professor Paulo Eduardo Xavier Mendonça faz esta provocação, ao identificar diversas semelhanças das práticas das CTs brasileiras com o Pastorado e os métodos utilizados em Mosteiros, Conventos ou Seminários para formação de religiosos, também através de uma conversão moral-subjetiva dos indivíduos, destacando a importância da obediência neste processo.

Em seu livro “Altíssima Pobreza: regras monásticas e formas de vida”, Giorgio Agamben analisa como, ao longo de vários séculos, mosteiros e conventos desenvolveram e aprimoraram preceitos e técnicas para a produção de “uma vida que se vincule tão estreitamente a sua forma a ponto de ser inseparável dela”(AGAMBEN, 2014, p. 9). Mais do que a produção de vidas capazes de respeitar determinadas regras, se buscava a produção de uma nova forma de vida, produzida a partir das normas e princípios que pautam o modo de vida cristão. Segundo o autor “Não se trata tanto de aplicar uma forma (ou uma norma) à vida, mas de viver de acordo com aquela forma, ou seja, de uma vida que, no ato de a seguir, ela própria se torna forma, coincide com ela.”(AGAMBEN, 2014, p. 105). Assim, a vida monástica ofertava uma nova forma de vida, mediante adesão voluntária e abraçando alegremente essa nova vida. Ao aderir estritamente à nova vida – “como a vida do Evangelho de Jesus Cristo” (AGAMBEN, 2014, p. 98)–, o religioso também se constituía em um exemplo a ser seguido. Esta “forma-de-vida”(AGAMBEN, 2014, p. 9) comum a todos os habitantes do mosteiro, tinha por objetivo a salvação individual e coletiva. Mosteiros e conventos muitas vezes eram procurados por pessoas afligidas, em sofrimento ou em conflito com a sociedade, em busca de alívio e recomeço. O autor registra que estes são locais de refúgio ou exílio “onde podia encontrar asilo o culpado de um homicídio involuntário”(AGAMBEN, 2014, p. 59), por exemplo. Assim, estes locais configuravam-se também como destino para diversos tipos de desviantes da sociedade, que buscavam, na adesão à nova forma de vida, o alívio do seu sofrimento ou a salvação dos seus crimes e pecados.

A vida no monastério implicava na adesão a uma “comunidade de regras” determinando o comportamento e a estética dos indivíduos, refletindo a novo modo de vida. O padrão estético era tão importante quando o comportamental, transformando o hábito-vestimenta e o hábito-costume em uma coisa só. Segundo o autor, “As regras monásticas [...] são os primeiros textos da cultura cristã em que as vestes adquirem um significado integralmente moral.”(AGAMBEN, 2014, p. 28). O cotidiano era marcado pela disciplina na realização de atividades durante todo tempo em que o indivíduo estivesse desperto, rigidamente pautadas por tempos e horários, compostas por trabalhos manuais e orações. Na vida monástica, os trabalhos manuais, juntamente com as orações, são compreendidos como parte da obra divina e tempo dedicado à Deus. Segundo o autor “A espiritualização da obra das mãos que se realiza dessa maneira pode ser vista como um precursor significativo da ascese protestante do trabalho, da qual o capitalismo, segundo Max Weber, representa a secularização” (AGAMBEN, 2014, pp. 34–35). Estas descrições nos remetem ao que encontramos nos estudos de revisão e relatos dos usuários que frequentam/frequentaram estes serviços. Encontramos muitas CTs que ofertavam basicamente atividades de orações e trabalho em seu cotidiano. Trabalho que também tem uma função ascética nas CTs, além de ser apresentado por pesquisas como uma forma de produzir corpos disciplinados e aptos ao mercado de trabalho (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015), atendendo necessidades da sociedade capitalista. Da mesma forma, encontramos na literatura revisada diversos exemplos de CTs que estabelecem padrões estéticos, como roupas e corte de cabelo, para as pessoas que buscam assistência.

Nos monastérios, a desobediência ou desrespeito ao modo de vida prescrito, recebia como consequência punições reguladas por um “Sistema Penal Monástico” (p. 41), a depender de cada delito. As infrações eram vistas como vícios ou desvios espirituais dos monges, logo, as punições tinham caráter corretivo/ pedagógico ou terapêutico, como um ato de cuidado ao monge desviante: “as penas tinham caráter essencialmente aflitivo, parecem sugerir que a punição dos monges tem um significado essencialmente moral e emendador, comparável à terapia prescrita por um médico” (AGAMBEN, 2014, p. 42). O autor demonstra que a dificuldade de adesão ao modo de vida monástico era vista como uma enfermidade, e a punição um ato de cuidado conduzido pelos mais experientes. As punições citadas estão

relacionas à exclusão total ou parcial da vida comum, como a “exclusão de qualquer contato com os irmãos, que ignorarão sua presença”(AGAMBEN, 2014, p. 41). Em caso de recidivas, castigos corporais eram aplicados ou a exclusão se dava através do encarceramento provisório em celas ou claustros. E em casos extremos, havia expulsão do mosteiro. Aqui chama atenção para uma importante diferença entre os sistemas de punições das CTs, Mosteiros e aqueles propostos pelo Tratamento Moral nos Hospitais Psiquiátricos. Enquanto a pena máxima nos Manicômios é a perda da liberdade e a manutenção da vida asilar – às vezes até a morte –, nas CTs e nos Monastérios a pior pena é a expulsão da comunidade, a negação da Salvação, o abandono.

Outra semelhança que nos chamou atenção é o papel da gestão do tempo como estratégia disciplinar e de conversão dos indivíduos. Segundo Agamben, “toda a vida do monge é moldada segundo uma implacável e incessante articulação temporal.” (p. 32). A vida era pautada pelas horas dos dias e o preenchimento das mesmas com orações e trabalho, promovendo “uma escansão horária integral da existência, em que a cada momento corresponde seu ofício, tanto de oração e leitura quanto de trabalho manual” (AGAMBEN, 2014, p. 32). Sobreposição entre tempo e vida, vida e obra. Mesmo com instrumentos rudimentares à época – relógios de sol ou de água – a vida monástica era pautava, de forma obstinada, pela rotina das horas. Até mesmo a duração das salmodias³⁸ eram utilizadas para o controle do tempo na ausência de outros métodos. Na literatura de revisão, há diversos relatos do rigor da disciplina cotidiana em CTs (RUI, 2010), com todas as horas do dia preenchidas com atividades, seguindo rotinas rígidas regulares, como descrito no Capítulo I. Nas CTs de maior vinculação religiosa, orações e trabalho são as únicas atividades disponíveis. Em pesquisa etnográfica realizada pelo IPEA, as autoras observam como a administração/gestão do tempo nas CTs desempenha um importante papel metodológico na produção das mudanças subjetivas pretendidas(SOUZA, L. C. De; NUNES; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018)³⁹, sendo um importante recurso para o processo de conversão. Destacam três elementos principais: a “imposição de uma rotina” a todos os internos, que não pode ser

³⁸ Maneira de cantar ou recitar os salmos.

recusada, com horários rígidos, ocupando todo o dia; o “tratamento em fases sucessivas”, definido pelo tempo de permanência e cumprimento de metas comportamentais; e a “ressignificação do passado” entendida como a reinterpretação das ações do passado a partir das moralidades da CT, rompendo com as ações e reações consideradas negativas para construção de um futuro moralmente compatível com a nova personalidade (SOUZA, L. C. De; NUNES; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018, p. 62).

Finalmente, o ingresso na vida monástica implicava completa sujeição ao Abade, tratava-se de “um contrato social em que um grupo de homens se submete incondicionalmente à autoridade de um dominus, atribuindo-lhe o poder de dirigir, em todos os seus aspectos, a vida da comunidade que é fundada dessa maneira” (AGAMBEN, 2014, p. 63). A obediência, juntamente com a castidade e a humildade, compunham os três preceitos essenciais destes locais. Além de condição para acessar a comunidade monástica, a obediência também era considerada uma virtude a ser cultivada no novo modo de vida. Mais do que obedecer às regras, tratava-se de “viver em obediência” (AGAMBEN, 2014, p. 69), transformando a prática em forma de vida.

Entendo que submeter-se incondicionalmente à autoridade de outro indivíduo é justamente o que propõe De Leon ao falar da “fé cega”, quando os usuários-internos devem “atender às exigências do programa sem questionar” (LEON G., DE, 2008, p. 348). Nos textos revisados (Capítulo I) encontramos diferentes autores afirmando que o objetivo das CTs é produzir corpos disciplinados e obedientes. Ao analisar como se opera o processo de conversão moral-subjetiva em uma CT Evangélica, o autor (TEIXEIRA, C. P., 2016) destaca que a obediência é um importante indicador de recuperação, considerando a capacidade de obedecer aos superiores e às regras do estabelecimento um critério fundamental de avaliação dos internos. Mais do que indicador de resultado, a obediência opera no próprio mecanismo da conversão: “a obediência seria vivida como uma forma de despossuir-se de si mesmo – do ‘si mesmo’ considerado responsável pela trajetória decadente” (TEIXEIRA, C. P., 2016, p. 124), permitindo anular a dimensão de si (espiritual-subjetiva) responsável pela decadência moral. Assim como “a fé cega reflete o próprio processo de mudança”(LEON G., DE, 2008, p. 348), a obediência se apresenta como método e meta do tratamento. Resgatando a conversa da Banca de Qualificação, quando o

professor Paulo Eduardo diz que “O milagre não está na conversão, está na obediência para produzir a conversão”, percebemos que a conversão moral-subjetiva proposta pela CTs é a produção de um modo de vida obediente, tanto às regras emanadas de um Ser Superior (ou seus representantes) quanto àquelas definidas pela Sociedade. Viver em obediência é o que se espera da vida convertida, nos mosteiros ou nas CTs.

A grande semelhança entre os métodos/objetivos das CTs e a vida monástica de muitos séculos atrás esta relacionada à sua proximidade religiosa, mas também a um tipo de poder de origem religiosa que observamos nas diversas relações sociais não mediadas pela religião, como as relações de cuidado em saúde, o Poder Pastoral. A partir dos estudos genealógicos de Foucault sobre a história da Governamentalidade⁴⁰, o autor discute que o poder pastoral é um tipo de poder – ou tecnologia de poder – que surge no Oriente pré-cristão relacionado à ideia de um “governo dos homens” – e não das coisas ou lugares –, entendendo que governar “Refere-se ao controle que se pode exercer sobre si mesmo e sobre os outros, sobre seu corpo, mas também sobre sua alma e sua maneira de agir.”(FOUCAULT, 2008, p. 164). A metáfora do pastor e seu rebanho é associada à relação de governo dos reis com seus súditos, mas fundamentalmente na relação entre Deus e os seres humanos – ou melhor, entre os homens que dizem representar Deus e os demais seres humanos –. Assim, o poder pastoral é definido por ter como única finalidade fazer o bem, pois “o objetivo essencial, para o poder pastoral, é a salvação do rebanho”(FOUCAULT, 2008, p. 170). O pastor deve cuidar de cada indivíduo em particular e de todo o rebanho, zelando, vigiando e conduzindo para aos melhores pastos, pelos melhores caminhos. Logo, trata-se de um poder de cuidado. O pastor é considerando alguém acima dos demais, mas ao mesmo tempo só ocupa este lugar para servir ao cuidado dos seus, tem um dever para com seu rebanho.

⁴⁰ “Por esta palavra, ‘governamentalidade’, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber, a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’ entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência deste tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. [...]”(FOUCAULT, 2008, pp. 143–144).

Foucault conta que foi a Igreja Cristã que, desde o Império Romano, organizou, desenvolveu e introduziu no mundo ocidental o poder pastoral e seus dispositivos, tornando-o ao mesmo tempo específico e autônomo, configurando “um tipo de poder que, creio eu, nenhuma outra civilização havia conhecido”(FOUCAULT, 2008, p. 174), através do governo do cotidiano dos indivíduos em escala da humanidade, à pretexto de sua salvação. As principais disputas que ocorreram no mundo cristão ao longo dos séculos se deram em torno do poder pastoral, pelo direito de “governar os homens em sua vida cotidiana, nos detalhes e na materialidade que constituem a existência deles” (FOUCAULT, 2008, p. 198), assim, a despeito das muitas divisões, é o pastorado que orienta as diferentes igrejas cristãs. Este governo do pastorado opera a partir de três elementos fundamentais: da Salvação, sendo seu objetivo essencial; da Lei, aceitando os mandamentos e a vontade de Deus; e da Verdade, professada pela comunidade religiosa: “O pastor guia para a salvação, prescreve a lei, ensina a verdade” (p. 221). No entanto, apesar de prescrever a lei, o pastor não é associado à figura de um juiz, mas de um médico, que realiza suas ações com a finalidade do cuidado de cada alma. Assim como descrito por Agambem e nos textos sobre CTs, a obediência é uma conduta altamente valorizada entre os indivíduos, sendo que o objetivo principal não é obedecer as leis, pois “obedece-se para ser obediente, para alcançar o estado de obediência.” (FOUCAULT, 2008, p. 234), tendo a obediência sua razão de ser nela mesma, o que o autor chama de “instância da obediência pura” (FOUCAULT, 2008, p. 230). A relação da ovelha com aquele que a dirige é apresentada pelo autor como sendo de dependência ou servidão integral. Assim, entendo que o cuidado pastoral é produtor de dependência.

Um elemento importante destacado por Foucault sobre o estado de obediência demandado pelo pastorado, é que se há uma finalidade da obediência – além do fim em si mesma, prioritariamente – é a “renúncia à vontade própria” (p. 235), vontade compreendida como egoísmo do indivíduo – pois o obediente, o cordeiro, não é egoísta, ele vive para servir⁴¹, é essa sua vontade –. É esta renúncia que as CTs exigem no processo de conversão moral-subjetiva. É preciso matar o desejo que leva o indi-

⁴¹ Lembro de um ditado popular que ouvi de amigos durante o ensino médio no Liceu Salesiano do Salvador, escola católica onde estudei muitos anos: “Quem não vive para servir, não serve para viver”. Fazendo um recordatório afetivo da época, não me vêm sentimentos desagradáveis, ao contrário, me remetem à uma sensação de concordância com a afirmação, um sentimento virtuoso. No entanto, quando olho para esta afirmação agora, sinto predominantemente a violência contida nela, autorizando a eliminação dos inservíveis, indisciplinados, desobedientes.

víduo para um caminho distante da forma de vida prescrita. O desejo anormal deve ser eliminado. Os Anormais do Desejo (MERHY, 2012) devem ser eliminados, subjetivamente. As técnicas utilizadas buscam calar, reprimir, recalcar os desejos considerados patológicos/imorais – na Clínica Moral, a patologia se dá no campo das moralidades –. Seja ocupando todo o tempo com uma rotina rigorosa, impedindo conversas/lembranças sobre a vida anterior à CT e seus comportamentos “desviantes”, ou punindo severamente as manifestações de desejos incontidos, as CTs buscam matar o indivíduo na sua subjetividade, para que possa renascer no desejo de servir à Deus – ou outro Poder Superior – e à sua comunidade, na vida e valores do mundo cristão ocidental. O único caminho para a “recuperação” é negar seu próprio desejo para seguir a Verdade da Comunidade. Como disse Foucault, trata-se de matar a vontade própria “para que não haja outra vontade senão a de não ter vontade”(FOUCAULT, 2008, p. 235). Ser acolhido em um rebanho, com a proteção e os cuidados de um pastor atencioso e vigilante, oferecendo em troca a morte do desejo e uma vida em obediência, como caminho para a salvação. Algumas pesquisas chamam esse processo de “reescrita do self” (RUI, 2010), a meu ver, eufemisticamente, pois me parece um processo de morte, mutilação e violência.

Mas não é fácil matar o desejo. Ele resiste, vaza por onde menos se espera. Por isso que o método das CTs é pouco eficiente. As altas taxas de abandono e reinternação – como apresentadas no Capítulo I – demonstram a dificuldade de aderir a um método tão mutilante. Como já discutido anteriormente, apesar das CTs responsabilizarem os usuários pelas desistências nas internações, nossa experiência com usuários do CAPSad “Gregório de Matos”, bem como pesquisas encontradas (GÓMEZ-RESTREPO *et al.*, 2017; GÓMEZ RESTREPO *et al.*, 2018), demonstram que um número significativo de usuários traz como causa do abandono a discordância ou não adaptação aos métodos de conversão. Mas estes atos de resistência às vezes demandam o pagamento de um preço alto. Além do abandono em momentos de grande carência e vulnerabilidade, a dificuldade em aderir à conversão provoca sentimento de culpa em muitos usuários. Recordamos a conversa com Piatã, que contou como sentia-se frustrado, deprimido e com raiva, todas as vezes que decidia deixar uma internação em CT. Piatã entendia que o tratamento era difícil e que era necessário suportar as restrições. Desistir significava também que ele não tinha sido forte o suficiente para suportar. Culpado por seu sofrimento – sua “decadência moral” – e por desistir, ou seja, produção de mais sofrimento.

Além do problema do abandono, diversos textos tratam da saída da CT após a alta como um momento crítico para a personalidade convertida. As “tentações” do mundo real, fora da comunidade pastoral, provocam o desejo enclausurado e são uma ameaça à nova vida. Por isso que as CTs vem propondo o acompanhamento pós-alta como mais uma etapa do tratamento, mantendo os indivíduos vinculados à comunidade religiosa e seus métodos de contenção do desejo. Muitas vezes, a única forma de submeter o desejo é manter uma vida institucionalizada, morando/vivendo nas CTs ou nos estabelecimentos religiosos vinculados à mesma.

Interessante observar que o desenvolvimento destas técnicas de governo, voltadas para o disciplinamento e correção dos desviantes, não se dá necessariamente pelo interesse na correção dos desvios, mas nos ganhos políticos e econômicos que a aplicação das técnicas – o governo das pessoas e o controle dos anormais produzidos pela própria sociedade capitalista (MERHY, 2012) – pode gerar. É o método e os ganhos advindos da aplicação do método que realmente interessam. Citando outro Foucault (FOUCAULT, 1996):

“a burguesia não se importa com os loucos; mas os procedimentos de exclusão dos loucos puseram em evidência e produziram, a partir do século XIX, novamente devido a determinadas transformações, um lucro político, eventualmente alguma utilidade econômica, que consolidaram o sistema e fizeram-no funcionar em conjunto. A burguesia não se interessa pelos loucos mas pelo poder; não se interessa pela sexualidade infantil mas pelo sistema de poder que a controla; a burguesia não se importa absolutamente com os delinquentes nem com sua punição ou reinserção social, que não têm muita importância do ponto de vista econômico, mas se interessa pelo conjunto de mecanismos que controlam, seguem, punem e reformam o delinquente” (FOUCAULT, 1996, p. 186)

Obviamente, há muitos interesses que convergem no desenvolvimento e uso desta máquina de governo. Ao discutirmos a atuação política das CTs no primeiro tópico deste capítulo, observamos como a expansão deste modelo/método de abordagem do problema das drogas e sua base religiosa, tem ampliado sua participação política e consequentes ganhos econômicos, expandindo-se a partir das comunidades mais vulnerabilizadas. Reflexos da associação entre o proibicionismo e a pobreza/exclusão, como discutimos mais adiante no tópico “As CTs entregam o que prometem”. Apesar do desenvolvimentos de outras técnicas de governo das pessoas, mais complexas e refinadas, Foucault afirma que “ainda não nos libertamos do Poder Pastoral” (FOUCAULT, 2008, p. 197). Me parece que o crescimento das “bandas da Bíblia” e dos políticos cristão, estão relacionados a este poder pastoral junto às periferias das grandes cidades, através da construção de. As CTs são parte dos

recursos das instituições religiosas que levam a Salvação às periferias, abandonadas pelo poder Estatal ou vítimas de suas ações, uma relação bastante conveniente para ampliar a capacidade de governo do pastorado.

Um modelo assistencial que maltrata (ou Um Projeto Colonial)

Este analisador – Um modelo assistencial que maltrata – surgiu durante a pesquisa de campo, através dos encontros com usuárias e usuários-guia, descritos no Capítulo II. Até aquele momento, tive contato com diversos registros de maus-tratos em CTs em diferentes estados do Brasil, tendo como principal referência as inspeções interinstitucionais relatados pelo CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2018), mas também registrados em outros textos e pesquisas, bem como através de relatos de usuários do CAPSad Gregório de Matos e em denúncias apresentadas ao Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas da Bahia. Na literatura pesquisada, entrei em contato com estudos que consideravam os abusos registrados nas CTs como desvios, consequência de serviços de baixa qualidade, passíveis de serem superados com fiscalização e adequação destes estabelecimentos, tomando por base as normativas do Estado brasileiro e as recomendações técnicas que pautam o modelo e método das CTs. No Capítulo I, abordamos os estudos que discutem Fiscalização e Adequação das CTs, tendo como referência a superação dos problemas apontados pelas inspeções citadas. Nesta etapa da pesquisa eu ainda me pautava pela pergunta que apresentei no projeto de Pesquisa à DSD/SSRC: “Existe salvação para as CTs?”, acreditando que seria possível superar as situações de violência através de mudanças nestes serviços.

Os encontros com os usuários-guia colocaram este tema em destaque, através de relatos de abusos, maus-tratos e mesmo torturas – com castigos físicos – em determinados estabelecimentos, apresentados com frequência e presente nas falas de todos os usuários, em ao menos uma experiência nestes serviços. Ao mesmo tempo, também havia relatos com sentimentos de acolhimento e cuidado, boas experiências, sugerindo que os abusos não eram a regra. No entanto, o encontro com Aruana me trouxe outra percepção. Em uma de suas internações, ela relatou a passagem por uma CT privada – que não ofertava vagas gratuitas –, com um

tratamento considerado de boa qualidade, ambiente físico acolhedor, sem imposição religiosa e sem histórico de maus-tratos. No entanto, mesmo assim Aruana disse que se sentiu maltratada, descrevendo situações de desrespeito, onde a mesma foi julgada e rotulada por não aderir à rotina do serviço, sentindo como se fosse uma violência contra a mesma, considerando que foi um ato de preconceito por ser negra e vivente das ruas. Outros usuários também relataram sentimentos de desrespeito e humilhação, não relacionados a situações de maus-tratos ou violência física, mas ainda assim, sentidos como uma agressão. Isso nos fez considerar que a prática de “maus-tratos”, enquanto crime enquadrado no Código Penal Brasileiro⁴², talvez possa ser superada por fiscalizações e mecanismos de regulamentação das práticas destes estabelecimentos. No entanto, o ato de maltratar enquanto “ofender (alguém) com palavras ou atos; ultrajar; fazer sofrer; tratar com aspereza, grosseiramente”⁴³ parece estar relacionado aos métodos terapêuticos utilizados nestes serviços.

Explorei isso no Capítulo II, no tópico “Me senti maltratada”, trazendo a percepção de que as práticas disciplinares, recomendadas pelo modelo e método das CTs, maltratam muitas pessoas. Afirmei que os abusos são produtos do próprio modelo assistencial das CT's e não meros desvios, mas acabei retirando esta afirmação do artigo por recomendação da revisão por pares, que considerou que a metodologia não tinha abrangência suficiente para nos permitir tal afirmativa, substituindo a afirmação por uma hipótese. No entanto, retomo este debate por dois motivos. Primeiro porque entendo que, independente do método de pesquisa utilizado, as recomendações contidas no texto de referência para as CTs (De Leon) são violentas, desrespeitosas e humilhantes. Minha percepção é que o texto técnico é, em si, opressivo. Tive este sentimento desagradável ao estudá-lo. Além disso, ao analisar a literatura e as experiências dos usuários, reconhecemos facilmente a aplicação dos métodos disciplinares e da violência recomendada no livro. Obviamente, chama mais atenção os excessos, como castigos corporais ou maus-

⁴² “Artigo 136: Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”. Brasil, *Decreto Lei nº 2.848* de 07 de Dezembro de 1940.

⁴³ Michaelis, *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*, (Editora Melhoramentos, 2020), <https://michaelis.uol.com.br/>

tratos bem caracterizados, mas estes estão inscritos em um modelo assistencial que acolhe ações semelhantes, apenas recomendando que a mão não seja tão pesada.

Em segundo lugar, é importante voltar neste tema pela forte disputa que existe em torno do mesmo, o que percebi nas discussões ao longo da pesquisa junto à DSD/SSRC – ocorridas com outros pesquisadores e revisores da publicação – e na literatura. Como citado, uma das teses é que os abusos nas CTs são desvios e que o método, quando aplicado corretamente, é exatamente a antítese das condutas desrespeitosas, pois é acolhedor, compreensivo, incluyente e amoroso. Esta tese defende a necessidade de “separar o joio do trigo”, qualificando ou mesmo fechando os serviços que não se adéquam ao método das CTs (PERRONE, 2014a). Também defendem a realização de mais pesquisas, para demonstrar a qualidade e efetividade do tratamento proposto. Esse discurso é apropriado pelos Gestores governamentais para direcionar o financiamento a estes serviços, desenvolvendo mecanismos de avaliação e certificação, como exemplificado por nós, na experiência desenvolvida junto ao Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas da Bahia (ver Capítulo II). Além do financiamento através da compra de vagas de internação, há aporte de recursos públicos para a capacitação destes serviços. Por outro lado, os relatórios das inspeções interinstitucionais e diversas pesquisas apontam para outra tese, a de que o modelo assistencial das CTs é produtor de violência. Esta última posição é descrita como “extremista” pelos que defendem uma visão – supostamente – técnica e imparcial sobre as CTs, argumentando tratar-se de uma atitude intolerante de determinados grupos de militância da saúde mental, não abertos para diálogos construtivos com as CTs. Em alguns momentos da pesquisa na DSD/SSRC fui “convidado” por colegas a sair deste lugar de militante – extremista ou intolerante? – para tentar enxergar as CTs com outros olhos e, assim, qualificar minha pesquisa. Felizmente, não consegui fazer este movimento.

Nos debates que participei ao longo da pesquisa, observei que as CTs, assim como o Tratamento Moral de Pinel, são descritos como propostas de humanização do atendimento e ruptura com abusos e maus-tratos. De fato, o tratamento moral, como discutido anteriormente, veio romper com práticas psiquiátricas aterradoras. No entanto, não rompe com as punições, apenas “alivia a mão”, passando a ser o castigo de um pai amoroso, mas ainda assim, violento, que restringe direitos e liberdade, como apresentado anteriormente. Da mesma forma, De Leon apresenta o

método das CTs como um cuidado amoroso, acolhedor, mas que precisa ser duro, justificando atos violentos como ações de cuidado, como o pai/mãe que agride para o bem da criança. Entendemos que o sistema de “privilégios e sanções” das CTs é prescrição de violência enquanto método, para o profissional/trabalhador aplicar sobre uma pessoa que busca cuidados. Segundo (LEON G., DE, 2008), “Os privilégios e sanções constituem um sistema integrado de administração clínica e comunitária por meio do treinamento comportamental” sendo ainda “modos prescritos de expressão de aprovação e desaprovação pela comunidade”. Um dos tipos de sanções citadas são as “reprimendas” (p. 241) consideradas como “os mais severos corretivos verbais [...] em consequência de comportamentos e atitudes negativas contumazes”. O autor resalta que “A presença de companheiros durante a reprimenda é um elemento vital de uma reprimenda adequadamente feita” (p. 242) e que “Embora a reprimenda por vezes tenha tom severo e seja feita em voz alta, seu conteúdo deve permanecer esclarecedor e instrutivo”. Além disso, a sanção escolhida deve gerar mal-estar suficiente para produzir uma “experiência de aprendizagem”(LEON G., DE, 2008, p. 248) diante da conduta inadequada. A imagem que construo diante destas recomendações é a de um profissional, que assume o lugar de terapeuta, gritando com um usuário que descumpriu uma regra, publicamente, com o objetivo de produzir mal estar no mesmo, mas de forma instrutiva!

Também são recomendadas outras sanções, ofensivas e humilhantes, como pendurar no pescoço uma placa com “um rótulo social (por exemplo, mentiroso, ladrão, manipulador)” referente à infração cometida ou ser proibido de contato verbal com os demais internos, instruindo estes “a não falar com certos residentes da CT durante o período disciplinar” (LEON G., DE, 2008, p. 247). Realizar tarefas consideradas inferiores como “limpar os banheiros, limpar o local de realização de reuniões da casa e tarefas esdrúxulas em geral”(LEON G., DE, 2008, p. 248) também fazem parte das punições. Dentre estas “tarefas esdrúxulas”, destacamos uma sanção encontrada em uma das dissertações revisadas, a “disciplina da pedra”, que consistia no usuário punido ter que carregar uma pesada pedra para todas as atividades no cotidiano da CT, por tempo proporcional à sua infração. A perda de diferentes direitos adquiridos com a progressão do tratamento – como receber

visitas da família, por exemplo – ou a regressão na hierarquia da casa – “ser empurrado para baixo” – também fazem parte das punições aplicadas.

Assim, entendemos que o tratamento proposto pelas CTs julga, rotula, estigmatiza, culpabiliza, nega identidades e pune, não necessariamente por iniciativa de profissionais, mas como recomendação do modelo. A simples orientação do uso de castigos abre espaço para abusos, e só por isso já nos parece que a violência não é um desvio. No entanto, as próprias sanções propostas por De Leon nos parecem atos de muita violência. O que me questiono é porque muitos acham que estas práticas são admissíveis na assistência a esta população? Em parte, penso que há uma naturalização da violência como “recurso pedagógico”, aprendida no contexto familiar e religioso. É o pastorado em nós admitindo uma atitude extrema – violenta – para fazer o bem, em nome do cuidado. No entanto, me chama mais atenção o fato destas práticas serem admitidas para um público específico, como pessoas que tem problemas com uso de substâncias psicoativas, moradoras de rua ou “desviantes” em geral. Entendo que a visão construída a respeito destas pessoas – consideradas criminosas, culpadas, moralmente desqualificadas, inferiores, que merecem ou “só entendem” esta linguagem – justifica ainda mais os abusos. Excessos permitidos para as ovelhas desgarradas que ameaçam o rebanho.

A literatura sobre CTs apresenta um conceito negativo sobre os usuários que buscam tratamento, como já discutido no Capítulo I. Essa visão desqualifica o sujeito e o expõe a mais abusos dos profissionais, pois as queixas de um suposto manipulador tendem a ser desconsideradas. Além disso, ser visto *a priori* como potencial mentiroso ou manipulador é uma forma de desrespeito, independente da sua condição de vida. São características comuns aos usuários do serviço, percebidas pelo modelo da CT:

“A proeminência da mentira, da manipulação e do ato de enganar pode refletir traços de longa data de uma desordem de caráter ou de comportamento que foi significativamente aumentada pelo uso de drogas. [...] Os professores, a polícia, os médicos, os assistentes sociais, os profissionais de saúde mental e os burocratas dos órgãos de assistência social costumam ser considerados hipócritas, ingênuos ou corruptos. [...] É comum que os residentes defendam suas mentiras com argumentos a cerca da vitimização, de suas necessidades de sobrevivência, da necessidade de ‘zerar o placar’ e outras racionalizações, projeções e desculpas”(LEON G., DE, 2008, p. 66)

Esta visão do sujeito justifica diversos relatos na literatura ou de usuários-guia, como Piatã (Capítulo II), dizendo que sentia-se constantemente vigiado e que os monitores não confiavam nele, inclusive levando a interdições em seu Plano Terapêutico, pois

implicava em saídas frequentes do serviço, para visitar o CAPSad ou outros serviços de saúde. A literatura de revisão também apontou para a ênfase nas experiências de sofrimento como método terapêutico (ver Capítulo I). Além dos grupos terapêuticos trabalharem prioritariamente com as lembranças de dor e sofrimento relacionado ao uso de drogas, sendo necessário o reconhecimento que o indivíduo chegou “no fundo do poço”, também há a orientação terapêutica de não produzir alívio diante de situações de sofrimento relacionado ao uso de drogas – como usuários que chegam com sintomas leves ou moderados de intoxicação ou abstinência – devendo “sofrer” a consequência como forma de aprendizado. O rótulo moral definido pela Clínica das CTs desqualifica o indivíduo, calando qualquer questionamento do mesmo ao modelo. Também justifica a conversão, pois quanto mais degrada for aquela personalidade, mais justificativa para sua morte e ressurreição. Percebemos que o discurso moral, seja no tratamento moral de Pinel, seja no modelo assistencial das CTs – sistematizado por De Leon ou relatado na literatura em geral – é legitimador da violência, pois classifica a pessoa – em sofrimento mental, vulnerabilizada psíquica e socialmente ou desviantes em geral – como vidas inferiores, onde a ação da força é justificada em benefício destas vidas, para salvá-las, e assim ascenderem à categoria de vidas valorizadas, como as daqueles que conduzem o tratamento.

Aqui me recordo do livro *Crítica da Razão Negra* (MBEMBE, 2014), onde o autor aponta como o projeto Colonial, ao longo dos séculos, se baseou em uma estratégia eminentemente moral para justificar a violência e a exploração dos povos originários em África, no “Novo Mundo” das Américas e em diversas localidades do globo. No empreendimento moral da colonização, a vida valorizada era a do homem branco, cristão e civilizado, comprometido com o trabalho, a acumulação e que submetia a natureza e demais seres vivos ao seu projeto civilizatório. A vida dos povos originários, por outro lado, era moralmente inferior, selvagem, pagã e ignorante, também retratada como imatura ou infantil, muito distante do padrão de normalidade europeu. Assim, a colonização teria uma função humanitária de ajudar e tutelar povos inferiores no caminho civilizatório, “seria uma forma de assistencialismo, de educação e de tratamento moral desta idiotia. É também um antídoto para o espírito de crueldade e para o funcionamento anárquico das «tribos indígenas»”(MBEMBE, 2014, p. 117). Desta forma, toda a violência colonial era justificada moralmente como um ato de boa vontade para com os selvagens, definindo “um direito, para os

civilizados, de dominar os não-civilizados, de conquistar e de subjugar os bárbaros, devido à sua intrínseca inferioridade moral, de anexar as suas terras, ocupá-las e explorá-las” (MBEMBE, 2014, pp. 110–111).

A finalidade do empreendimento colonial seria de “estabelecer em terras ainda infieis uma população laboriosa, moral e cristã propagando o Evangelho aos camponeses ou, ainda, pôr fim, através do comércio, ao isolamento que o paganismo engendra” (MBEMBE, 2014, p. 118). A religião judaico-cristã tinha importante papel neste empreendimento de conversão dos povos originários ao padrão moral europeu, utilizando como figuras de violência “a misericórdia e a piedade” (MBEMBE, 2014, p. 169) para operar o etnocídio dos povos originários. Aos olhos do Deus cristão e da verdade civilizada, a vida selvagem seria pecadora, corrupta e moralmente decadente. O projeto de libertação, cura e salvação ofertado pela colonização implicava na conversão à uma nova vida, abandonando seu modo de vida originário para ser aceito no mundo civilizado. Para muito indígenas – assim como em episódios registrados em CTs – a conversão era alternativa à eliminação física: tornar-se obediente à Deus ou ser assassinado. Para outros a conversão pode representar a promessa de acesso às recompensas do mundo civilizado. No entanto, “O custo de acesso a esta promessa reside no abandono de uma vida dispersa em troca da redenção” e no “apagamento de qualquer identidade distinta e separada, a abolição da diferença e a adesão a uma humanidade, agora universal” (MBEMBE, 2014, p. 169).

Onde “começam e terminam o passado e o presente e onde começa o futuro?”, questiona Antonio Bispo dos Santos (A. B. dos Santos, 2015, p. 19), ao analisar o processo colonial nos séculos passados e a manutenção das suas práticas no presente, através da expropriação dos territórios e eliminação dos modos de vidas de comunidades tradicionais – indígenas, quilombolas, ribeirinhos e todos que vivem da relação simbiótica com a terra –, para dar espaço à monocultura de grandes empresas nacionais e internacionais, sob a tutela dos governos brasileiros, com fins da acumulação capitalística. O autor observa que a religião apresenta-se como um fator preponderante neste processo de colonização, pois é a partir da sua religiosidade que povos e sociedades desenvolvem suas cosmovisões e, conseqüentemente, seu entendimento sobre as diversas maneiras de viver, sentir e pensar a vida (SANTOS, A. B. Dos, 2015). Assim, a forma que a cosmovisão cristã monoteísta – em antagonismo à cosmovisão pagã politeísta – por seus princípios e doutrinas, serve a uma

visão: patriarcal; individualista; baseada na culpa e no castigo; de subjugação da natureza; e eliminação da diversidade. A conversão religiosa – e, consequentemente, de cosmovisão – dos povos vinculados à terra, é fator fundamental na expropriação de seus territórios.

Assim, este empreendimento moral colonial, etnocida, que oferta uma pretensão salvação da alma em troca da negação do corpo, sua cultura e sua história, segue em marcha no Brasil atual, recebendo significativo impulso com o governo federal eleito na esteira do Golpe de 2016. Uma rápida busca de notícias na internet nos mostra evidências significativas deste Projeto Colonial junto à populações indígenas, como matéria publicada em 2014⁴⁴ mostrando o processo de conversão evangélica de toda uma comunidade isolada de indígenas na aldeia Kumenê, localizada na reserva Uaçá, em Oiapoque, a 590 quilômetros de Macapá. O trabalho iniciado em 1965 mudou a vida de todos os membros da aldeia, que abandonaram quase todas as suas práticas ancestrais, sendo eliminados comportamentos como “a circulação de pessoas nuas na aldeia, danças típicas, feitiçaria de pajés e o caxixi, bebida com teor alcoólico a base de mandioca fermentada com saliva” (SANTIAGO, 2014, p. 4). Refletindo sobre a conversão de toda a comunidade à vida evangélica, o cacique lamenta: “Eu vi que a gente não deveria deixar a nossa cultura, mas já perdemos muitas coisas. Crianças que não sabem nem dançar, por exemplo” (SANTIAGO, 2014, p. 4). Na atual gestão federal brasileira, o empreendimento moral colonial é assumidamente projeto de governo. Os grupos missionários cristãos, que tem estado à frente da conversão das pessoas indígenas nas últimas décadas, passaram a ocupar a Fundação Nacional do Índio (FUNAI)⁴⁵ em parceria com os militares que assumiram o governo. Em entrevista do professor Felipe Milanez – do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA – ao *IHU online*⁴⁶, o mesmo conta do ineditismo da atual situação, onde os grupos missionários fundamentalistas passaram a

⁴⁴ G1 AMAPÁ - 09/06/2014 - Abinoan Santiago - <https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/06/indios-deixam-costumes-tradicionais-e-viram-evangelicos-em-aldeia-no-ap.html> (acesso em 08/04/2022)

⁴⁵ El País Brasil – 08/02/2020 – Opinião - Xilonem Clark08<https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-02-08/missao-novas-tribos-a-historia-dos-evangelicos-no-comando-na-funai.html> (acesso em 08/04/2022)

⁴⁶ Instituto Humanitas Unisinos – IHU. Por: Patricia Fachin | 02 Março 2021 <https://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/607137-missoes-fundamentalistas-um-dos-pilares-do-etnocidio-indigena-no-brasil-entrevista-especial-com-felipe-milanez> (acesso em 08/04/2022)

ocupar todo um Ministério – Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – com uma ocupação da máquina do Estado sem precedentes. O professor destaca que estes missionários cristãos associam-se com grupos que buscam explorar os territórios e os corpos dos indígenas:

“Há um espírito do capitalismo nessas missões, o qual está associado a interesses colonialistas e de submissão do outro a uma forma de ver o mundo. (...) Como o projeto missionário é um projeto colonialista, racista, que vê o outro como um bárbaro que precisa ser civilizado, ele se associa muito bem a outros projetos capitalistas que também veem o outro como um inferior a ser explorado. Há relatos e casos no Brasil de associações desses missionários com garimpeiros, como aconteceu no Amapá, contra os Waiãpi, há casos de associações com madeireiros etc.” (FACHIN, 2021, p. 2)

As matérias demonstram como os grupos missionários no Brasil estão articulados a redes internacionais, norte-americanas e europeias, com forte penetração no Estado brasileiro, da mesma forma que o movimento das CTs, como discutido anteriormente. Considerando a grande variedade dos movimentos cristãos, não podemos afirmar que tratam-se de movimentos conjuntos ou articulados, mas nos parece que compartilham o mesmo Projeto Colonial, ou seja, através de um trabalho de salvação dos “moralmente enfermos”, operam a morte subjetiva de indivíduos e coletivos, mirando os ganhos econômicos e políticos deste empreendimento.

Assim, observamos que o modelo assistencial das CTs opera métodos extremamente violentos, característicos do projeto colonial que busca a eliminação subjetiva dos indivíduos considerados inferiores, substituindo-os por indivíduos convertidos aos padrões de uma suposta humanidade universal. Esta percepção é compartilhada por (SOUZA, L. C. De; NUNES; SANTOS, M. P. G. Dos, 2018) ao afirmar que o projeto de cuidado das CTs trata-se de um “verdadeiro empreendimento moral pretensamente civilizatório”. A violência é constitutiva do modelo, desde o seu conceito sobre o outro, passando pelos métodos e seus resultados, pois produzem mais relações de dominação e submissão, através de uma cosmovisão voltada para a eliminação da diversidade e produção de uma sociedade da repetição. Para uma liderança Yanomami, citada por Antônio Bispo (SANTOS, A. B. Dos, 2015), o fim do mundo se dará com a eliminação gradual das espécies, ou seja, a eliminação da diversidade. Consequências do empreendimento colonial que segue em marcha, lamentavelmente, sem perspectivas de grandes mudanças.

“As CTs entregam o prometem”

O encontro inicial com esta mobilização/afecção, que posteriormente tornou-se um analisador, se deu na oficina com autores da pesquisa financiada pela DSD/SSRC e na posterior interações com revisores. Achados de nossa pesquisa – apresentada no Capítulo II – foram interpretados, por alguns participantes, em dados momentos, como sendo mais interessado em “condenar” as CTs do que compreendê-las. Em um dado momento nos é feita a provocação de que, mais que “condenar ou defender”, a grande contribuição das pesquisas sobre o tema seria compreender porque tantas pessoas buscam as CTs, acessando seus serviços voluntariamente, mesmo com tantos registros de problemas no funcionamento das mesmas. E mais, considerando a precarização das vidas das pessoas que recorrem às CTs e, ao mesmo tempo, reconhecendo o protagonismo destes indivíduos, nos colocam a questão: “por que as CTs se tornaram tão atraentes para tanta gente tão vulnerável?”. Esta provocação dialoga com outros encontros que tive na literatura e em minha própria experiência no CAPSad. De fato, o internamento em CT é uma experiência comum entre pessoas com problemas com uso de álcool e outras drogas, especialmente aquelas muito vulnerabilizadas, como demonstra pesquisas com pessoas usuárias de crack e vivendo nas ruas (ROSSI; TUCCI, 2020). Grande parte das pessoas em condições de vulnerabilidade e com problemas com uso de álcool ou outras drogas já passou alguma vez por CT, é nossa impressão de acordo com a experiência e a literatura. Em parte, tentamos abordar esta questão no tópico “Motivações para a internação” do Capítulo II, que retomo neste momento agregando novas reflexões. Também converso com outra hipótese aventada para a grande procura pelas CTs, levantada por um interlocutor, de que as CTs “entregam o que prometem”, em relação à efetividade da sua proposta terapêutica, atribuindo legitimidade às mesmas.

Apesar do objetivo terapêutico do modelo assistencial das CTs ser a conversão moral-subjetiva, apresentamos nos capítulos anteriores diferentes motivos que levam as pessoas a procurar estes serviços, não relacionados com a proposta de mudança de personalidade. O próprio internamento, dito como voluntário, ocorre frequentemente em situações de grave ameaça à vida ou à liberdade, como observamos em pesquisas e relatos dos usuários-guias acompanhados, colocando a CT como uma opção quase irrecusável. Como apresentado no tópico

“Características Gerias” no Capítulo I, muitas pesquisas apresentam relatos de internações por determinação judicial – com destaque para adolescentes – ou como alternativa ao encarceramento no sistema prisional. Outras pesquisas, já citadas, também apresentam a internação como recurso importante para proteção contra ameaças de morte ou perda de liberdade, até mesmo como argumento onde, para convencer um usuário de drogas ilícitas à internação, a “pregação do pastor teve por base o Código Penal” (MACHADO, 2021, p. 145), apresentando o tratamento como alternativa para a cadeia. Ameaças como estímulos para a internação.

Além de alternativa ao encarceramento e à perda total da liberdade, a proteção contra ameaça à vida também é uma oferta das CTs. Apesar de haver uma relação com as drogas presente na vida dessas pessoas, a vulnerabilidade relacionada ao contexto social é muitas vezes a motivadora da internação, em geral relacionada a situações de violência. Segundo um autor:

“familiares desesperados recorrem aos centros de recuperação para que seus parentes não sejam torturados e mortos por traficantes ou milicianos. Noutras ocasiões, os próprios bandidos recomendam que os vacilões sejam encaminhados para centros de recuperação. [...] Além disso, também é bastante comum que os pastores sejam chamados a interceder por alguns rapazes em situações nas quais eles já se encontram prestes a ser assassinados.” (TEIXEIRA, C. P., 2016, p. 111).

Essa prática é também registrada junto a outros grupos evangélicos, intercedendo junto a organizações criminosas para salvar a vida de indivíduos ameaçados de morte, condicionando a proteção a uma conversão à vida religiosa e valores cristão. Matéria do El País Brasil apresenta o trabalho de um grupo evangélico no estado do Acre, formado por ex-criminosos que tem a “função de interceder por aqueles que prometem deixar o crime e abraçar Jesus Cristo” (PRADO, 2021). Mundo do crime que está intimamente relacionado ao tráfico de drogas. A descrição das práticas são muito semelhantes às das CTs, mas sem o ambiente físico específico da internação. A entrega completa à vida convertida é condição para manter-se protegido pelo grupo/comunidade, pois “Para que o salvo-conduto dê certo e siga sendo respeitado, é preciso constância e disciplina” supervisionada pelos demais membros religiosos.

A voluntariedade da internação ou participação na comunidade, neste contexto, precisa ser questionada: quão voluntário é um internamento cuja alternativa é o encarceramento ou a morte?

Para De Leon estas distintas motivações para a busca das CT estão relacionadas à “disfunção múltipla” que “define o transtorno” (LEON G., DE, 2008, p. 42). O autor considera que “as crises da vida que envolvem o sofrimento físico e psicológico” e a consequente busca dos usuários por momentos de alívio, através da “abstinência e desintoxicação”, se apresentam como “oportunidades de iniciar tentativas de mudança de longo prazo”(LEON G., DE, 2008, p. 46). A visão das CTs sobre a condição de vida das pessoas que necessitam de cuidado não leva em consideração o contexto histórico, político e social que interferiram na vida destas pessoas. Toda a responsabilidade sobre condições de vida precária, violência e morte é atribuída à escolha moral do indivíduo, que optou pelas drogas. Assim, quando um usuário “procura a comunidade para que essa o auxilie a solucionar seus problemas com o consumo excessivo de álcool e/ou drogas” o estabelecimento, ao acolhê-lo, lhe propõe “uma modificação de vida que vai muito além do uso de drogas” (Carvalho e Dimenstein, p. 656). Sinto como sendo um estelionato terapêutico, onde o terapeuta ignora as verdadeiras causas do problema para propor – ou impor – um tratamento que o usuário não solicitou. Além disso, vemos que as ofertas terapêuticas de abrigo, alimento, refúgio e proteção, estão condicionadas à aceitação do tratamento de conversão. Ou, como discutimos no tópico anterior, misericórdia e piedade condicionadas à obediência. Recusando a conversão e o disciplinamento, o usuário pode ser desligado e exposto à condição de vulnerabilidade que o levou a internar-se. Em redes precárias ou com poucas ofertas, as alternativas para esta população são bastante restritas.

Chama atenção que este discurso de responsabilização – culpabilização – exclusivamente da droga e do indivíduo, demonizando as substâncias psicoativas através da concepção de que levam inevitavelmente ao crime e à morte, é exatamente o que podemos chamar da “velha narrativa” que dá sustentação à guerra às drogas, também ignorando contextos sociais, históricos e culturais, para criminalizar, através das drogas, indivíduos e populações (ALEXANDER, 2018). Segundo o autor, “As raízes mais antigas da velha narrativa já estavam nos contos da ‘possessão’ da alma das pessoas pelos demônios. Mas mesmo quando os demônios sobrenaturais não são incluídos nos contos, a velha narrativa costumeiramente se refere às drogas em termos extremamente dramáticos.” (ALEXANDER, 2018, p. 42). Por este discurso, as drogas levam à perda de controle

e um “caminho sem volta”, devendo ser banidas ou rigidamente controladas, produzindo um “pânico moral” a respeito do uso de substâncias psicoativas. Em contrapartida, a velha narrativa também propõe uma abordagem compassiva com a pessoa que tem problemas com drogas, ofertando tratamento ao invés de punição, pois entende que apenas com o apoio profissional – ou grupos organizados de autoajuda, como o Alcoólicos/ Narcóticos Anônimos – é possível superar o problema das drogas. No entanto, a despeito de propor cuidado aos que desejam deixar as drogas, essa narrativa também justifica a opressão dos que não buscam ou não aceitam a ajuda proposta, sendo “usada em vários países para justificar a cruel perseguição governamental de grupos raciais e minorias étnicas.” (Alexander, 2018, p. 22). Grupos raciais ou minorias que, na maioria dos casos, estão entre as populações mais vulneráveis, sujeitas a condições de pobreza e violência que facilitam o acesso e consumo de drogas ilícitas, convivendo cotidianamente com o crime organizado e situações de carência que produzem profundo estresse físico e emocional. Importante ressaltar, como discute o autor citando diversas pesquisas, que estas situações de vulnerabilidade e os estresses sociais delas decorrentes, como “isolamento, exclusão social e rebaixamento na hierarquia social” diminuem a sensibilidade dos indivíduos ao uso de SPAs e aumentam o seu consumo (ALEXANDER, 2018, p. 49).

A guerra às drogas – que tem como importante marco a Convenção Única sobre Entorpecentes, ocorrida em 1961 nos Estados Unidos da América (EUA) – baseia suas ações no paradigma proibicionista e no combate às pessoas envolvidas com a produção, comercialização e consumo de drogas (REIS; KINKER; FURTADO, 2018). Recentemente, com o início da guerra na Ucrânia, vi nas redes sociais a afirmação de que “Na guerra, a primeira vítima é a verdade”, atribuída a autoria desconhecida. Na guerra às drogas não é diferente. Assim como discutimos no tópico “As CTs e a Política Pública”, sobre o uso de falsas narrativas – como a epidemia de crack – para justificar a expansão das CTs e outras políticas repressivas, a guerra às drogas utiliza do falso argumento de proteção da sociedade contra as consequências negativas das drogas, para obter ganhos de poder político e econômico. É de amplo conhecimento que as décadas de intensa guerra às drogas no século XX, em diversos países do mundo, não apresentou qualquer impacto sobre a redução do consumo, pelo contrário, ampliou-se o mercado clandestino de SPAs, observado em

diversas experiências proibicionistas ao longo das décadas, demonstrando a falência do proibicionismo como paradigma de cuidado (REIS; KINKER; FURTADO, 2018). Por outro lado, a proibição e combate às drogas tem servido para ampliar os dois mercados ilegais mais lucrativos em todo o mundo: o comércio de drogas e armas. Apesar de ilegal, é sabido do envolvimento de grandes corporações – como a indústria de armas – e seus representantes políticos no executivo, legislativo e judiciário de muitos países, lucrando junto a este tráfico, embora os traficantes que acabem respondendo por estes crimes sejam justamente os que não possuem poder econômico e político suficiente para garantir sua proteção. Assim, “interessa à economia neoliberal a manutenção da guerra às drogas que precisa do proibicionismo para existir na conformação atual” (REIS; KINKER; FURTADO, 2018, p. 94). Não podemos esquecer que a guerra às drogas também tem papel importante na geopolítica mundial, justificando intervenções armadas de grandes potências sobre países pobres, a exemplo das intervenções dos EUA em diferentes países latino americanos. Finalmente, essa guerra também justifica as diversas intervenções sobre os corpos daquelas pessoas envolvidas de alguma forma com a cadeia de produção/consumo de SPAs, como citado anteriormente por (ALEXANDER, 2018), servindo ao controle de populações que não seguem o modelo de civilização instituído com o empreendimento moral colonial. As ações sobre estas pessoas alimentarão outras cadeias produtivas nessa guerra, pois são estes corpos que:

“serão controlados e alvejados pela polícia; serão encarcerados e se tornarão uma demanda invencível de serviços jurídicos nos tribunais; serão matéria de pesquisas sobre novas drogas e novas tecnologias de intervenção na área da saúde; serão inspiração no desenvolvimento de campanhas publicitárias e de programas educacionais nas escolas; serão objeto das disputas eleitorais; serão alvo do proselitismo religioso salvacionista; serão o mal maior que inspirará todas as resistências morais e a defesa da forma de vida centrada na mercadoria, a partir das igrejas, das praças, dos programas de televisão.”(REIS; KINKER; FURTADO, 2018, pp. 107–108)

Tomando como exemplo a política sobre drogas no contexto local desta pesquisa, observamos que, em 2010, o Governo do Estado da Bahia apresentou a campanha estadual sobre drogas a partir do tema “Crack: é cadeia ou caixão”(PINTO, D., 2010). Apesar das diversas críticas à época, em 2021 o Governo reedita ideia semelhante através da campanha: “Não perca quem você ama para as drogas. Mais

famílias, menos drogas”⁴⁷ também apresentando a morte ou o encarceramento como caminho natural para os usuários de drogas ilícitas, como se fossem “baixas” da guerra. Sabemos através de dados de mortalidade e do sistema penal brasileiro, que são justamente os vulnerabilizados (predominantemente os “melanina acentuada”⁴⁸) que estão em maioria nas cadeias e caixões por causas violentas, brasileiros e brasileiras não-brancos e não-brancas – povos colonizados –, demonstrando que existem muitas outras explicações além das drogas em si. A guerra às drogas, levada à cabo pelo estado brasileiro, é responsável pela morte de muito mais pessoas que o consumo direto de substâncias psicoativas, além de levar ao encarceramento em massa de jovens pobres e periféricos, demonstrando tanto a falência do proibicionismo para a redução do consumo de drogas, como também evidenciando que trata-se efetivamente de uma guerra às pessoas, muito mais do que às drogas (Karam, 2017). As CTs são um importante destino de muitas vítimas desta guerra em busca de proteção: “‘Dependentes químicos’, ‘moradores de rua’, ‘ex-presidiários’, ‘pessoas que querem largar o crime’, ‘pessoas juradas de morte por traficantes ou milicianos’ [...], compõem basicamente a população que convive no sítio onde funciona o centro de recuperação” (TEIXEIRA, C. P., 2016, p. 109). As CTs são apresentadas como espaço de exílio voluntário no contexto desta guerra, a partir de uma perspectiva positiva, por se apresentarem muitas vezes como os únicos locais possíveis para determinados indivíduos viverem em segurança, protegidos do consumo de substâncias psicoativas e do contexto de violência presente em comunidades periféricas (MACHADO, 2021).

Assim, apesar do modelo das CTs parecer antagônico à uma abordagem punitivista do uso de substâncias, ao ofertar uma “segunda chance” àqueles que buscam tratamento e “recuperação”, percebemos que – pelo contrário – o mesmo está intimamente articulado com a guerra às drogas e sua velha narrativa, sustentando que apenas um caminho moralmente livre das mesmas pode evitar o destino das vítimas desta guerra, ou seja, a cadeia ou o caixão. O paradigma proibicionista da

⁴⁷ Campanha disponível em canal do Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=muE1DUOSMXs> (Acesso em 08/04/2022)

⁴⁸ Expressão utilizada por Aldri Anunciação em seu espetáculo “Namíbia, não!”, dirigido por Lázaro Ramos, que assisti no Teatro Vila Velha há muitos anos. O texto foi publicado em livro pela Editora Edufba, atualmente em sua 2^o edição (ANUNCIACÃO, Aldri. Namíbia, não! Salvador: EDUFBA, 2012.). Este texto inspirou o filme “Medida Provisória”, também dirigido por Lázaro Ramos, em cartaz nos cinemas do Brasil neste momento.

guerra às drogas estimula a existências das CTs, ao mesmo tempo em que é reafirmado por estas. Através de uma narrativa que não tem sustentação nos fatos – já que a causa da violência e sofrimento não são as drogas, mas as múltiplas carências e a própria política proibicionista –, e não tendo interesse em romper com as desigualdades sociais, as CTs restringem ainda mais as alternativas para indivíduos que possuem um elenco restrito de opções. Produção de alternativa que nega, e ao mesmo tempo, preserva o contexto adoecedor. Para aqueles que se envolvem de alguma forma com drogas ilícitas em comunidades pobres, as CTs são um caminho disponível e acessível para fugir da guerra cotidiana em suas comunidades, uma alternativa “humanizada” para aquele que seguiu o caminho desviante das drogas e da criminalidade. Para deixar o caminho imoral, ilegal ou pecador, é preciso passar por uma transformação profunda, matando uma parte de si, para converter-se em um indivíduo que vive em obediência aos valores morais vigentes. Ou seja, a proteção contra a morte e encarceramento também tem um preço, que implica em abrir mão de parte da vida e da liberdade. A CT conecta-se à repressão, promovendo isolamento e obediência em troca de assistência e preservação da vida.

Desta forma, entendemos que a “CT entrega o que promete”, pois articula-se com uma lógica dominante de repressão e disciplinamento. A criminalização das comunidades pobres e consumidores de substâncias psicoativas é produtora de demanda para o modelo das CTs. Ao mesmo tempo, as CTs prometem o disciplinamento destes indivíduos através de métodos menos violentos que o sistema criminal. Mesmo quando a conversão à uma vida obediente não acontece, a CT ainda oferta longos períodos de afastamento do indivíduo da sociedade, proporcionando alívio para abas as partes. Para as famílias de pessoas em risco de vida pela proximidade da violência na relação com as drogas, a promessa das CTs é uma grande oportunidade, seja pela perspectiva da conversão à uma vida de obediência, seja como um alívio pelos longos meses de internação, ou ainda, pela possibilidade de exílio definitivo na instituição, já que não é incomum, em nossa experiência, familiares solicitando a institucionalização definitiva do indivíduo, entendendo que a única forma daquela pessoa não envolver-se com situações de uso de drogas ou violência era a vida vinculada à instituição. Não à toa, o inquérito do IPEA aponta que até 88% das internações em CT se dão por intermediação dos

próprios familiares, geralmente mãe, irmãos ou esposas (IPEA, 2017). Ou seja, por um lado, a CT entrega o que promete à sociedade, isolando – mesmo que provisoriamente – ou disciplinando desviantes, os anormais da hora. Por outro, oferta misericórdia e piedade a pessoas em grande sofrimento, ofertando abrigo, alimentação, segurança e a salvação divina. Em troca, pedem à sociedade legitimidade e recursos – principalmente financeiros – e aos seus usuários, pedem suas “almas” através da conversão e da obediência.

Em contexto extremamente comum no Brasil, de grandes comunidades periféricas, com um Estado ausente – ou presente somente na forma da repressão policial – onde o crime organizado assume a gestão do território substituindo a lei estatal, configura-se um campo fértil para a atuação das CTs e demais movimentos religiosos. Como descrito na matéria do El País Brasil – citada anteriormente – estes movimentos são vistos como salvadores e cumprindo um importante papel social, sem qualquer questionamento a respeito do contexto de guerra e proibição, tratando o problema somente a partir de sua dimensão moral. Através da articulação política destes estabelecimentos e a viabilização de financiamento público para suas ações, as CTs ampliam suas ações sem necessariamente serem vistas como representantes do Estado, ofertando vagas para internação/cuidado as pessoas destas comunidades, voluntariamente ou por intervenção de atores do Estado, como o sistema de Justiça. Fico com a impressão que as CTs alimentam-se da carência e da repressão, parceira da guerra às drogas, e continuarão expandindo-se enquanto seguirmos em guerra.

De volta ao CAPSad

Impossível deixar o CAPSad de fora desta conversa. A experiência que tenho vivenciado no CAPSad da UFBA (o CAPSad “Gregório de Matos”) desde 2014, me apresentou inúmeros conhecimentos novos, não somente profissionais, mas de vida, técnicos e afetivos. Não posso falar de cuidado às pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas, ou que vivem nas ruas, sem me remeter a esta experiência. O “Gregório de Matos” me apresentou, inclusive, um Pelourinho que eu não conhecia, tão próximo e tão distante do trajeto turístico ou mesmo do intenso comércio popular que sempre frequentei. No CAPSad entrei ainda mais em um circuito que apenas havia tangenciado quando estive na Unidade de Saúde da

Família do bairro, trajeto marcado pela miséria e violência, mas também cheio de vida e desejo. Foi a partir desta experiência que elaborei meu projeto inicial de Doutorado, e a partir daí readequamos para a pesquisa atual. Neste lugar encontrei-me com os usuários e usuárias-guia desta pesquisa, que me apresentaram o mundo das CTs a partir do compartilhamento de suas vivências. Foi também desde o CAPSad que olhei para as CTs, mas ao mesmo tempo elas me fizeram olhar para o CAPSad de volta. Como se estes estabelecimentos, as CTs, ao se revelarem para este observador, me mostrassem um espelho refletindo o que estava às minhas costas. Recordei a presença de práticas pautadas por princípios do tratamento moral em diversos momentos das minhas experiências no CAPSad. Também vi na literatura exemplos de CAPSad operando com disciplinamento ou objetivos moralizantes. No entanto, sabemos que, diferente das CTs, o modelo de cuidado que orienta o trabalho dos CAPS (e demais serviços substitutivos) é antagônico às práticas moralizantes, pautado pela potencialização dos projetos e desejos das pessoas, pela produção de vida e não pela interdição da mesma. E me perguntei: que resultados esperamos alcançar no CAPSad se utilizarmos métodos e metas semelhantes às CTs, sendo de características tão diferentes? O que produzimos na clínica psicossocial quando desejamos mudar o outro?

Quando dialogo com a experiência do CAPSad, a primeira conexão que faço é com o papel das punições ou sanções – utilizando o termo do De Leon, mas que no CAPSad nomeamos de medidas disciplinares – nas relações de cuidado. A aplicação de medidas para o disciplinamento dos usuários era algo naturalizado no serviço, quando ingressei em 2014. Apesar da prática regular, em muitos momentos gerava desconforto e tensões entre profissionais que defendiam e os que eram contra suas aplicações. À época, nomeávamos as sanções de “suspensões”, sendo aplicadas diante das mais diversas infrações dos usuários, principalmente em situações de violência, estabelecendo um período em que os mesmos ficariam “suspensos” do acesso ao estabelecimento ou atividades. Levantamento realizado por equipe de residência multiprofissional que estagiou no serviço (RODRIGUES, L. S.; MOTA; CAMPOS, 2016), demonstrou que diversas atitudes consideradas como desrespeito ao trabalhador – como agressões verbais – foram motivadoras de suspensões, bem como agressões físicas entre usuários, danos ao patrimônio ou uso de substâncias psicoativas no CAPSad. Os períodos de suspensão, registrados

em livro de ocorrência, variavam de um dia até um mês, sendo definidos pela equipe profissional de acordo com a gravidade da infração ou reincidência. Diferentes tipos de suspensões eram aplicadas, não somente a proibição de entrar no CAPSad. Um usuário poderia ser suspenso somente da alimentação, do banho ou de outras atividades. Em caso de proibição do acesso, os atendimentos eram feitos no portão externo.

Fizemos diversas discussões sobre o tema das medidas disciplinares no CAPSad. Além de oficinas internas, nossas discussões estimularam a realização do Seminário: *"Impasses na RAPS: atos administrativos-disciplinares são aplicáveis aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial? São legais? São legítimos? São necessários?"*(GRAMACHO, 2015), coordenado pelo saudoso professor Marcus Vinicius "Matraga" de Oliveira, o seminário foi realizado em parceria com a Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA), promovido pelo Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental (LEV/IP/UFBA) e do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA). No nosso CAPSad, alguns profissionais reconheciam que as medidas disciplinares não eram recursos terapêuticos, mas medidas de contenção dos usuários, relacionando sua aplicação diante de sentimentos de insegurança, e que estavam mais relacionadas a uma pedagogia aprendida em casa – do castigo e da repressão – do que um saber profissional. Ao mesmo tempo, entendiam que era um recurso que buscava orientar o comportamento dos usuários no serviço, respeitando regras, com um mínimo disciplina. Neste caso, as medidas disciplinares eram reconhecidas como terapêuticas, pois visavam "colocar limites" necessários para o estabelecimento de uma vida em sociedade. Percebia que a "falta de limites" era entendida por muitos como parte do "transtorno" da pessoa com problemas no uso de substâncias psicoativas, associada à compulsão, indisciplina e dificuldade de relação com a sociedade. Em nossas discussões, o recurso das medidas disciplinares também evidenciava a diferença e hierarquia das relações entre trabalhadores e usuários no serviço. Mais de uma vez, em assembleias, fomos questionados pelos usuários sobre a desigualdade de tratamento, com a pergunta: "Se os trabalhadores nos dão suspensão quando fazemos coisas erradas, porque eles não são suspensos quando erram, quando tratam a gente mal?!", gerando bastante desconforto no serviço.

A aplicação de medidas disciplinares nestes serviços, se conectam com uma visão moral sobre os indivíduos que tem problemas com o uso de drogas. Trago na lembrança diversos momentos de discussões clínicas ou decisões terapêuticas pautadas por discursos que remetiam à “velha narrativa” de impotência ou culpabilização do usuário por sua condição, bem como uma convergência com a visão típica das CTs, do usuário manipulador ou não confiável, gerando mais preconceito e desqualificação. Durante a pesquisa de revisão (Capítulo I), encontramos alguns estudos abordando semelhanças de discurso entre CAPS e CTs, apontando ainda a presença de profissionais atuando em ambos os serviços sem grandes contradições (RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza, 2015). Também observamos que 35,3% das CTs que responderam ao inquérito do IPEA informando que recebem usuários para internamentos encaminhados pelos CAPSad, sugerindo que “não existe uma apartação muito radical entre as instituições CT e Caps-AD, sugerindo, antes, a existência de mecanismos de referência e contra referência entre elas” (IPEA, 2017, p. 26). Ao entrevistar profissionais de uma CT e um CAPSad, autores afirmam que “O tratamento moral constitui-se como o princípio de ação das duas instituições” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017, p. 656) com a condenação do estilo de vida do indivíduo, sendo a Redução de Danos no CAPSad um recurso ofertado diante da falência do projeto de mudança de vida pautada na abstinência. Em estudo semelhante (VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018), os autores constatam que profissionais do CAPSad e da CT organizam suas ações a partir de “princípios que fomentam a institucionalização e a normatização” (p. 368). Apesar do discurso dos trabalhadores do CAPSad ser menos explícito, os autores afirmam que o cuidado é visto como uma busca por “adequar comportamentos, torná-los funcionais e normatizar as pessoas em tratamento” (VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018, p. 368), produzindo uma visão estigmatizante dos usuários ao considerar seu estilo de vida como negativo, pautadas pelo proibicionismo e abstinência. Em leitura indicada durante a pesquisa da DSD/SSRC, encontramos uma etnografia realizada em um CAPSad e uma equipe de Consultório na Rua, onde a autora descreve condutas no CAPS que poderiam muito bem caracterizar uma CT (MARTINEZ, 2016). Segundo a pesquisa, a equipe do CAPS declarava como objetivo do tratamento a “mudança de comportamento” (p. 165) dos usuários, para promover sua reinserção social. Para esta equipe, condutas como “mentiras, manipulações, agressividades, trapaças” (p.

170) são consequências da “doença”, mas que podem ser superadas com o tratamento. Desta forma, o tratamento objetiva um treinamento de novas habilidades para convivência em sociedade. Para manter o acompanhamento no serviço, o usuário deve comprometer-se com a mudança através de atitudes – passíveis de verificação pela equipe – que comprovem sua motivação. Como a falta de disciplina é considerada um motivo para o rompimento dos laços sociais, as condutas disciplinares passam a ter um papel importante no tratamento, “É como se o CAPS AD fosse um ambiente terapêutico de aprendizagem, onde serão testadas as capacidades individuais de adequação ao mundo das disciplinas”(MARTINEZ, 2016, p. 172). A autora cita que a equipe do CAPSad compreende que está atuando para ampliar a autonomia dos usuários, ao promover a inclusão destes indivíduos na sociedade através da mudança de seus estilos de vida, e que esta visão é compartilhada por outros serviços que prestam assistência a esta população, como a Estratégia de Saúde da Família.

Em minha dissertação de mestrado (BARRETTO, 2013), juntamente com meu atual orientador, refletimos sobre a formação em saúde a partir das práticas de cuidado, principalmente na Atenção Básica em Saúde. Conversamos sobre a forte presença de um saber orientado para a Repetição (MERHY *et al.*, 2010) na forma de ver e lidar com os diferentes modos de vida, através da definição de padrões universais de normalidade e funcionalidade que orientam a prática profissional desde a sua formação. O saber da repetição oferta maior segurança para o profissional na sua prática, pois possui um elenco de condutas para cada “disfunção”, além de garantir mais poder ao profissional, que sabe o que é melhor para o outro através da sua clínica. A repetição desconfia da diferença/diversidade, por isso o que está fora de determinados padrões (bio, psico ou sociais) é visto como desvio, disfunção ou anormalidade – ou mesmo como ameaça – devendo ser corrigido da melhor forma. Conseqüentemente, observamos diversas práticas de medicalização da vida e patologização da diferença, muitas vezes produzindo mais sofrimento. A exclusão dos que não aderem aos comportamentos prescritos também é comum, como nos demonstra o que disse um colega – médico da atenção básica – ao usuário com hipertensão, diabetes e alto risco cardiovascular, mas que não conseguia aderir à nova dieta e estilo de vida: “Se o senhor está querendo se matar é melhor procurar outro consultório. Aqui tem que seguir o tratamento!”. Ou seja, o profissional trabalha

pela salvação dos usuários que aderem, mas também pelo desligamento dos não disciplináveis. Observamos que existe uma formação profissional orientada para a produção de representações sobre o outro, comandada pelos saberes leve-duros da clínica – a valise da cabeça⁴⁹ –. Ao mesmo, estas representações também dependem do universo ideológico e moralidades do trabalhador (MERHY, 1997). Franco (FRANCO, Túlio Batista, 2015, pp. 104–105) aponta 3 linhas de força de subjetivação que atuam na forma como os trabalhadores de saúde significam os modos de andar na vida dos diferentes usuários: as lógicas capitalísticas, que operam nos interesses profissionais; a ordem moral, que estabelece valores para a vida, de acordo com certos preceitos; e o saber da ciência, que dita as formas de viver. Assim, vemos trabalhadores reproduzindo a concepção de “vidas valorizadas” – que não tem a exata definição do De Leon, mas opera na mesma lógica conceitual – como aquelas que se comprometem com a mudança, que aderem ao caminho considerado melhor, mais responsável... enfim, compatível com os valores comuns ao profissional.

João André Santos de Oliveira (OLIVEIRA, J. A. S. De, 2021), também desenvolvendo seu estudo a partir de experiências no CAPSad Gregório de Matos, discute que as representações produzidas pelos trabalhadores sobre os usuários, geram também expectativas do próprio trabalhador em relação a si mesmo. Assim, diante da constatação de vidas disfuncionais ou adoecidas – como as pessoas que vivem nas ruas com seus problemas de saúde, inclusive pelo uso de drogas – os profissionais assumem o lugar do benfeitor, daquele que pode guiar o outro no caminho da mudança de vida, muitas vezes tomando a si mesmos como parâmetros de “vida valorizada”, com o objetivo de produzir o bem do outro, fazendo todo o possível para salvá-lo. Segundo o autor, trata-se de um “lugar que, além de ser pretensioso e hiperbolizado, carrega um viés cristão e de caridade”(OLIVEIRA, J. A. S. De, 2021, p. 219), que nos remete à perspectiva do poder pastoral discutido por

⁴⁹ Para Merhy (2002, p. 94) “...o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma vinculada a sua mão e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formadas por ‘tecnologias duras’; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e finalmente, uma outra presente no espaço relacional trabalhador – usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.”

Foucault e o próprio projeto de salvação das CTs. O autor denomina esta postura de “devir colonial-salvacionista” (OLIVEIRA, J. A. S. De, 2021, p. 209), pois semelhante à perspectiva do empreendimento moral colonial – como discutido anteriormente no tópico “Projeto Colonial” – parte da referência de normalidade hegemônica, enxergando o outro não somente como desviante, mas também como alguém impotente, incapaz ou mesmo ignorante – um “selvagem” – que precisa mudar de vida para aproximar-se da vida “normal” ou civilizada, e assim ser salvo pelo conhecimento benevolente e iluminado do profissional.

No contexto de extrema exclusão e violência das ruas, o devir salvacionista é ultramobilizante. Percebo que o desejo de promover a “reinserção social” das pessoas que atendemos no CAPSad é muito intenso, não só nos profissionais com quem interagi, mas também em mim. Ao me deparar com pessoas com tantas carências, é uma consequência sentir desejo que elas tenham acesso aos mesmos recursos que nós temos, como ter um trabalho, casa, renda, consumo... que se cuidem, que tratem de suas enfermidades, que respeitem certos limites do seu corpo, que afastem-se do crime, que aproximem-se de suas famílias, que evitem a morte... No entanto, para muitos usuários esse projeto é um verdadeiro exercício de conversão, de mudança profunda de vida, que nem sempre estão dispostos ou conseguem bancar. Lendo o romance “O parque das irmãs magníficas” – “Las Malas” é o título original – a autora Camila Sosa Villada fala sobre a difícil – e bela – vida das travestis na cidade de Córdoba, na Argentina. Entre pobreza, violência, abandono, amores e paixões, a autora conta da resistência e resiliência necessárias cotidianamente para viver uma vida compatível com seus desejos, e através de uma personagem, falar da “tranquilidade de quem sabe que, para certas pessoas, é mais difícil mudar que morrer”. (Sosa, 2021 .p. 199).

Como muitos usuários relatam, é preciso grande resiliência para suportar os olhares e comportamentos discriminatórios da sociedade, suportar sentimentos de desrespeito para conseguir um trabalho ou ser atendido em um serviço de saúde, por exemplo. Lembro de conversas em reuniões com membros do Movimento Nacional de População de Rua da Bahia (MNPR/BA) – com sua sede também no Pelourinho – que referiam-se reiteradamente à nós, membros do CAPSad, como “vocês da sociedade”. Elas e eles demarcavam a diferença entre nós, que estamos incluídos em uma sociedade que só os aceitam se “mudarem” sua estética, seus

valores, seus comportamentos. Os usuários organizados em torno do movimento social tinham outra compreensão da inclusão, indicando que a sociedade deveria mudar para poder incluí-los. Uma visão que muitas vezes antagoniza com a concepção dos profissionais, que muitas vezes pensamos que a reinserção deve passar pela capacidade de obedecer e seguir a disciplina, para uma boa convivência social.

No contexto dos CAPSad – e dos serviços que cuidam de pessoas que vivem nas ruas e fazem uso de drogas – um elemento importante que atravessa esta discussão é o tema da violência, nas suas muitas dimensões. Acho possível afirmar que as vidas de todas as pessoas acompanhadas nestes serviços tem as marcas da violência, no corpo ou na subjetividade. Violência presente nas famílias, nas ruas, na guerra às drogas – da polícia ou do tráfico –, mas também produzida pela ausência de direitos e pelo constante olhar criminalizador dos que estão incluídos na sociedade de consumo, como muitos usuários relatam. Como discute (OLIVEIRA, J. A. S. De, 2021), tratam-se de pessoas que vivem uma violência ancestral. Muitos usuários do CAPSad Gregório de Matos, especialmente os mais vulneráveis, certamente trazem em sua ascendência os indígenas nativos ou trazidos da África, que vivenciaram todo o suplício da escravidão, da expulsão de suas terras e negação das suas identidades. A cada geração, novas experiências de exclusão e violências. Suplícios vivenciados nas mesmas ruas do Centro Histórico de Salvador, nas mesmas pedras de casarões e calçamentos, da antiga e nova Catedral da Sé, às águas da mesma baía que hoje admiramos, presenciados pelo Gregório de Matos poeta e pelo “Gregório de Matos” serviço de saúde. Assim como os ancestrais de Taigura (ver Capítulo II) devem ter sido expulsos de seus territórios originais, ele também foi expulso do bairro onde nasceu pelo processo de gentrificação do Pelourinho, que retirou inúmeras famílias de suas casas para dar lugar a bares, restaurantes, lojas e boutiques frequentadas pela classe média local e turistas (RIBEIRO, D. De A., 2014).

Segundo uma profissional da saúde mental – parceira no cuidado à população vulnerabilizada do Centro Histórico de Salvador – tratam-se de pessoas que sofreram tanto, por tanto tempo, tantos tipos de violência, que tem a pele em “carne

viva”⁵⁰ e qualquer toque menos cuidadoso pode produzir dor. Longe de querer naturalizar as situações de violência nestes serviços, duas autoras, a partir de suas experiências, problematizam os sentidos e significados desta violência, compreendendo a mesma “de maneira ampliada, para além da violência física, abarcando a agressividade, a ameaça, a sujeição e a desautorização do outro” (GOMES, M. P. C.; BEIRAL, 2018, p. 523), não tomando a mesma de forma individualizada – culpabilizando o indivíduo “violento” – mas compreendendo suas múltiplas determinações sociais, culturais e políticas. As autoras observam que a violência é muitas vezes o recurso mais conhecido por estes usuários, seja como forma de linguagem, seja como recurso de sobrevivência e resistência nas ruas. No entanto, buscar compreender os atos de violência para além do indivíduo violento é muito difícil para alguns profissionais e equipes. No lugar de compreender seus significados e direções, a manifestação mais comum é de tentar interditar a violência, o ato violento ou a pessoa violenta. Mais uma vez, sem querer naturalizar a violência, é preciso reconhecer a legitimidade da mesma em muitas situações. Lembro de precisar, pessoalmente, do atendimento de um órgão público municipal, para resolver questões relativas ao IPTU. Foi uma experiência altamente desagradável, me senti muito desrespeitado. Além de longas esperas e orientações contraditórias, fui mal tratado pela atendente, que não olhou para mim, me respondia com monossílabos e muita má vontade. E olha que sou homem, branco e médico! Imagina se fosse uma mulher, preta e pobre?! Tive vontade de ser agressivo, xingar e abandonar o atendimento, mas me calei para conseguir resolver meu problema burocrático e ir embora o mais breve possível. Pensei que se estivesse se passando com alguns usuários do CAPSad, o computador da atendente poderia ter sido arremessado ao chão, não seria atendido e ainda poderia ser severamente punido por seu ato. Reconheço que o processo de trabalho de muitos serviços assistências é repleto de pequenas violências cotidianas, com desautorizações e interdição dos usuários (GOMES, M. P. C.; BEIRAL, 2018). Mas entendo trata-se de uma violência civilizada, a violência do colonizador. Ao responder com a violência que conhece, na forma de uma violência selvagem, o usuário ultrapassa uma barreira moral que o desautoriza, pois passou do limite da civilidade, tornando-se o único responsável,

⁵⁰ Fala de Alessandra Tranquilli (Programa de Intensificação de Cuidados/CETAD-UFBA) em oficina realizada para trabalhadores do CAPSad Gregório de Matos, em 2018.

culpado. Já as muitas formas de violência civilizada, como as que produzem fome, desespero e morte em um Brasil que ganha 40 novos bilionários(CASTRO, 2021), essa é ignorada. Mas se jogar pedra no carro do barão⁵¹, é cadeia ou caixão.

Observamos que a continuidade do empreendimento moral colonialista nos dias atuais, expresso das mais diversas formas, como na postura colonial-salvacionista dos profissionais de saúde – ou das CTs – opera como uma máquina semiótica a identificar a diferença como desvio que deve ser corrigido para o bem do próprio indivíduo, mas também para o bem da sociedade capitalista civilizada, uma espécie de “bem comum”, através do trabalho e da acumulação. O contexto e a história que levou aquela vida a se construir daquela forma é reduzido a antecedentes clínicos, ou como diria o Georges De Leon, “as múltiplas disfunções que compõem o transtorno”. Desconsidera a possibilidade de que aquela vida é o que é como resposta a tudo que viveu, como já nos ofertou Canguilhem há mais de meio século atrás (CANGUILHEM, 2006). Resposta ao meio não como uma patologia, mas como um processo de constituição do ser a partir da interação da sua origem ancestral – se preferirem, genótipo – com os inúmeros encontros ao longo da vida, compondo e decompondo com seu corpo, seu ser. Assim, profissionais de saúde operam atos violentos contra os usuários ao negar estas existências, desautorizando seus comportamentos sem compreendê-los, prescrevendo e impondo os modos de vida mais saudáveis ou mais adequados à vida em sociedade. Violência que impõe modos de vida, mas que também produz a expulsão dos que não aderem, podendo se dar de forma explícita – como fazem as CTs, mas também alguns CAPS, através de mecanismos como “alta administrativa” ou transferência compulsória para outros serviços, por exemplo – ou de forma velada, como exemplificamos anteriormente ao falar da Atenção Básica em Saúde, ou seja, com a produção de constrangimentos e outras ações que maltratam – como medidas punitivas – forçando o usuário à decidir por aderir ou desistir. Muitas vezes estas ações de expulsão são justificadas clinicamente, também de forma semelhante ao que faz a Clínica Moral nas CTs, ou seja, argumentando que o comportamento reativo do indivíduo é, na verdade, uma demonstração que ele ainda não decidiu pelo tratamento ou não está pronto para

⁵¹ “Barão” é uma expressão popular – me parece que atualmente em desuso – utilizada localmente para referir-se às pessoas com dinheiro. É possível “ser” barão”, mas também “estar” barão, quando alguém pode estar com dinheiro sobrando em um único momento.

assumi-lo. Estaria talvez em uma fase de negação, cabendo ao profissional deixar as “portas abertas” para o retorno deste indivíduo, quando o mesmo estiver disposto a aderir ao tratamento prescrito. Mais uma vez, o usuário que precisa se adequar ao serviço.

Mas CAPS não é CT! Apesar de constatarmos a presença da Clínica Moral pautando as práticas de muitos profissionais, isso não faz parte dos princípios, diretrizes ou modelo de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial, pelo contrário. Nas CTs, salvacionismo, conversão moral, disciplina e obediência são pilares do modelo e constantemente difundidos juntos os profissionais destes serviços e, como vimos, antagônicos aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Já os CAPS são produtos desta Reforma, serviços criados juntamente com a concepção de uma Rede de cuidados que possa potencializar a singularidade de cada vida. A Reforma apresenta uma mudança radical no cuidado em saúde, pois não propõe somente um novo ponto de vista sobre as pessoas em sofrimento mental, através da ampliação da clínica e do olhar, mas ainda mirando desde o lugar das profissões de saúde para um corpo enfermo. Ao contrário, o movimento antimanicomial traz uma nova “vista do ponto”, novas lentes para olhar o problema para além da doença, da disfunção e do transtorno. “Não cabe pensar em disfuncionalidade ou mesmo em doença, no máximo se pensa em sofrimentos que a produção de certas formas de existir pode gerar, no contexto de certas sociedades concretas”, assim, “Muda-se completamente o modo de olhar e de se praticar o cuidado” (MERHY, 2013, p. 6). Uma vista do ponto que enxergue a vida na sua normalidade, ou seja, que ela é o que dá conta de ser a partir de seu contexto histórico, político, social... não para transformá-la ou convertê-la, mas para aliviar suas dores e ofertar novas possibilidades de conexões e encontros que possam compor com suas redes vivas de conexões existenciais (MERHY *et al.*, 2016). Diferente da Clínica Moral das CTs, na clínica antimanicomial não há um resultado pré definido, um padrão de cura ou normalidade, nem uma direção específica para a mudança – talvez isso seja angustiante para muitos profissionais, já vivi esta angústia! – mas sim a construção de possibilidades que podem ou não fazer sentido para os usuários. É preciso promover bons encontros – com outras pessoas, com a arte, o trabalho, etc... – e colher seus resultados, junto com os usuários, buscando compreender suas potências para construção de novos encontros e conexões.

Como me ensinou Claudia Tallemberg durante o período que realizou supervisão clínica do CAPSad Gregório de Matos, “o terapêutico não está dado à priori!” é algo que só constatamos através destes recolhimentos, do sentido que faz para a vida de cada usuário ou usuária dos nossos serviços.

Por fim, retomo o questionamento feito no início deste tópico, trazendo a impressão de que tentar compatibilizar os princípios da clínica ou tratamento moral nos serviços substitutivos de saúde mental produz sofrimento para trabalhadores e usuários. Apostar em projetos que não reflitam efetivamente os desejos dos usuários, mas a mudança desejada pelos trabalhadores – importante observar que muitas vezes o usuário “compra” o desejo/projeto do trabalhador em uma tentativa de tentar agradá-lo ou responder à expectativa de uma vida valorizada/civilizada – tende a gerar frustração de profissionais e usuários que efetivamente apostaram nestes projetos. Ao mesmo tempo, o julgamento moral do trabalhador diante da não adesão do usuário pode levar à culpabilização do mesmo, responsabilizado pela desistência, abandono ou fracasso do projeto, em uma sequência de “Expectativa-cobrança-controle-falha-punição-sofrimento”, como aponta (OLIVEIRA, J. A. S. De, 2021). Em uma das conversas que tive com Aruana, durante a pesquisa, ela disse: “O centro de recuperação somos nós mesmos, se a pessoa não quiser, não tem jeito. Vocês podem fazer de tudo pra gente seguir num caminho que não adianta! A gente tem que querer”. É isso! Um cuidado compatível com a Reforma, antimanicomial, centrado no sujeito, é a aquele que acolhe independente do desejo de mudança. Oferta escuta, acolhimento, alívio da dor e vínculo, enquanto faz apostas conjuntas com o outro, a partir do seu modo de vida, seus desejos e incertezas. Essa postura não é menos vigorosa ou possui menos força que as condutas prescritivas. Diferente da “força forte” que disciplina, condiciona e obriga, o cuidado nos CAPS e demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial é pautado por uma “força fraca”(MENDONÇA, 2015), que acolhe, compreende e inclui.

Bibliografia do Capítulo III

- AGAMBEN, G. (2014). *Altíssima pobreza: regras monásticas e forma de vida* (1º ed). Boitempo.
- ALEXANDER, B. K., MERHY, E. E., & SILVEIRA, P. (2018). Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas. In B. K. Alexander, E. E. Merhy, & P. Silveira (Orgs.), *Vol. (1ª, Número)*. Rede UNIDA.
- BARRETTO, L. D. (2013). *A formação no plano do cuidado: interseções, encontros e afetos*. Universidade Estadual de Feira de Santana.
- BRASIL, M. da S. (2011). 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.*, 1–15. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- CARVALHO, B., & DIMENSTEIN, M. (2017). Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647–660. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- DE LEON G. (2008). A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. In *Edições Loyola* (2º ed, Número São Paulo). Edições Loyola.
- IORE, M., & RUI, T. (2021). *Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil*. <https://doi.org/10.35650/SSRC.2082.d.2021>
- FLEURY, S. (1997). Saúde e democracia: a luta do CEBES. In S. Fleury (Org.), *Saúde e Democracia - A luta do CEBES*. Lemos Editorial.
- FOUCAULT, M. (2008). *Segurança, Território, População: curso dado no Colégio de France (1977-1978)* (Eduardo Brandão (Tradução) (org.); 1ª). Martins Fontes.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (2017). Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. In *IPEA* (Vol. 21).
- KARAM, M. L. O esgotamento da política de drogas. Texto utilizado em palestra proferida no Projeto Segunda 18h da Escola Institucional do Ministério Público de Minas Gerais em 08/05/2017. Belo Horizonte-MG. <http://www.leapbrasil.com.br/site/wp-content/uploads/2017/05/O-esgotamento-da-politica-de-drogas-MPMG.pdf>
- KINOSHITA, R. T. (2000). *O outro da reforma: contribuição da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. Universidade Estadual de Campinas.
- MBEMBE, A. (2014). *Crítica da Razão Negra* (1ª). Antígona.
- MENDONÇA, P. E. X. de. (2015). *SEM SOBERANIA: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org.) – *Saúde e Democracia: a Luta do Cebes*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p. 125-142.

- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. Cap 4
- MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanocomial – Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. 2004a. Mimeo. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>
- MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P. (orgs.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 21-45.
- MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. Revista Brasileira de Saúde da Família. Edição 35-36. Ministério da Saúde. 2014. http://dab.saude.gov.br/portaldab/artigos_rbsf.php
- MERHY, E. E., Camargo, L., Feuerwerker, M., & Gomes, M. P. C. (2010). Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*, 60–75.
- OLIVEIRA, J. A. S. de. (2021). *Encontros entre trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador*. Universidade Federal de São Paulo.
- PERRONE, P. A. K. (2014a). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(2), 569–580. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- PERRONE, P. A. K. (2014b). *Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma Comunidade Terapêutica*. <http://www.fca.unesp.br/Home/Instituicao/Departamentos/Gestaoetecnologia/teselivdoc.pdf>
- RIBEIRO, F. M. L., & Minayo, M. C. de S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, 19(54), 515–526. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- RIVERA, F. J. U. (1995). Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. In *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. FIOCRUZ.
- ROLNIK, Suely (2007). *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*, Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.
- RUI, T. (2010). A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica. *DILEMAS: Revista de estudos de controle e conflito social*, 3(8), 45–73.
- SANTOS, M. P. G. dos. (2018a). Comunidades Terapêuticas e a Disputa Sobre Modelos De Atenção a Usuários De Drogas No Brasil. In M. P. G. dos Santos (Org.), *COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: TEMAS PARA REFLEXÃO* (p. 247). IPEA.

- SANTOS, M. P. G. dos. (2018b). *Comunidades terapêuticas temas para reflexão* (Maria Paula Gomes dos Santos (org.)). IPEA.
- SÃO PAULO, S. da J. e C. do E. de, CONED-SP, C. E. de P. sobre D., & A, P. (2020). *COMUNIDADE TERAPÊUTICA 2020 Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo*.
- SOUZA, L. C. de, Nunes, M. C., & Santos, M. P. G. dos. (2018). Tempo e subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In M. P. G. dos Santos (Org.), *Comunidades terapêuticas : temas para reflexão* (p. 61–76). IPEA.
- TEIXEIRA, C. P. (2016). O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico. *Religião & Sociedade*, 36(2), 107–134. <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>
- TEIXEIRA, M. B., RAMÔA, M. de L., ENGSTROM, E., & RIBEIRO, J. M. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: Análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1455–1466. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>
- VASCONCELOS, M. P. N., Paiva, F. S. De, & Vecchia, M. D. (2018). *O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia*. 11(2), 363–381.
- VÁZQUEZ, A. S. *Ética*. 37ª ed. (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como dito anteriormente, uma das questões que havia me colocado no início desta pesquisa era se “Há salvação para as CTs?”, ou seja, se é possível efetivamente integrá-las à Rede de Atenção Psicossocial como propõe a portaria do Ministério da Saúde que instituiu a RAPS (BRASIL, M. Da S., 2011). Ao longo da pesquisa, considerei que apenas uma mudança radical dos métodos destes serviços – uma mudança de modelo assistencial – seria possível integrá-los à Rede. Assim, em uma das versões do artigo apresentado no Capítulo II afirmei que “É necessário que as CT’s se permitam rever seus métodos e o próprio modelo assistencial, superando o tratamento moral, mudando a visão e a forma de relação com seus usuários para abrir espaço aos seus protagonismos e singularidades, construindo com estes novas metas e novas possibilidades terapêuticas.” No processo de revisão por pares recebi questionamentos do tipo: “Seriam assim, efetivamente, CTs?”, ou comentários mais diretos como: “Ou seja, é necessário que as CTs deixem de ser CTs e se tornem outra coisa.” Então, estaria eu propondo a Conversão das CTs?! Uma mudança completa de funcionamento e identidade? De certa forma sim. Mas ao mesmo tempo, não. Acho que seria prepotente, da minha parte. O tratamento moral e o salvacionismo cristão, tão presentes no modelo assistencial destes serviços, são ancestrais e parte da fé cega de muitos de seus membros, como abordei no Capítulo III, a partir de Agamben, Mbembé ou Foucault. Acho que os Centros de Recuperação para pessoas em “decadência moral” de qualquer tipo, sempre existirão, vinculados ao chamado “trabalho social” de instituições religiosas, explorando o sofrimento das pessoas através da obediência exigida pela salvação, enquanto não passarmos por transformações sociais mais profundas, especialmente considerando a expansão do conservadorismo religioso que temos presenciado. No entanto, é inadmissível que a existência destes serviços seja mantida com qualquer tipo de financiamento público – além do financiamento direto, não podemos esquecer das muitas isenções fiscais –. Um Estado comprometido com a garantia de direitos individuais, não pode estimular e patrocinar terapias de conversão de identidade, qualquer que seja ela.

Penso também que ainda seja possível, de alguma forma, disputar o conceito de Comunidade Terapêutica. Porque tomar as CTs somente como as herdeiras do Grupo de Oxford e sua missão de “renascimento espiritual dos cristãos” – mesmo

com a espiritualidade tomando o lugar do cristianismo, ao menos na retórica, como discutido – e não a partir da proposta reformista de Maxwell Jones e outros? No Brasil temos diferentes experiências de Comunidades Terapêuticas baseadas no modelo da psiquiatria social proposto por Jones e outros, na tentativa de constituir alternativas para hospitais psiquiátricos e seu modelo manicomial, como cita uma autora sobre a experiência no Hospital Galba Velloso, em Belo Horizonte, na década de 1960 (GOULART, 2014). Um experiência importante a ser citada é a da Comunidade Terapêutica Enfance, para crianças e adolescentes com sofrimento mental, desenvolvida entre 1968 e 1987, em Diadema-SP. Seu coordenador, Di Loreto, fala de um serviço também residencial, mas permeável ao meio externo, com saídas todos os finais de semana, pautado pelo suporte clínico-assistencial para que os adolescentes pudessem construir suas formas singulares de lidar com um mundo extremamente hostil, sem idealizações morais, compreendendo que “A loucura, sob suas múltiplas formas, como a violência indiscriminada, está intimamente ligada à organização social”(CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP, 1997). Experiências como esta nos mostram as potencialidades de diferentes formatos de serviços residenciais terapêuticos, constituídos como espaços de convivência entre pares e suporte clínico assistencial, pensados como espaços de proteção, não de isolamento social.

Em nossa experiência no CAPSad e em relatos de outras pesquisas, constatamos que a proteção ofertada pelas CTs é um recurso utilizado com frequência pelos usuários. Estar provisoriamente em um serviço que controla/regula o contato com as drogas é uma necessidade que produz alívio para muitos, em diferentes momentos. Tanto assim, que os usuários usam o termo “internação” para se referirem a estes períodos. “Preciso me internar” é como alguns demandam a proteção. Não basta ir para um abrigo ou Unidade de Acolhimento, é preciso recolher-se à proteção de um estabelecimento por curto período, para lidar com a compulsão, a fissura ou fazer uma “desintoxicação” como muitos se referem. Por que não conseguimos ofertar abstinência provisória, em um local protegido, com abrigo e alimentação, participação e inclusão, sem julgamento moral ou necessidade de conversão? É preciso que a Rede de Atenção Psicossocial possua diferentes dispositivos para as diferentes necessidades apresentadas pelos seus usuários. Se há necessidades que não são contempladas pelos dispositivos existentes, é preciso pensar novos

recursos ou adequação dos atuais. A rede onde se insere o CAPSad Gregório de Matos é pobre nestes recursos. Só há oferta de internação em hospital geral para pessoas com problemas com álcool – e apenas em um único serviço –, para os que tem problemas com outras drogas, não existe esta possibilidade de internação. Da mesma forma, a cidade de Salvador, com seus quase 3 milhões de habitantes, possui apenas um único CAPSad III, uma única Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil e uma única Unidade de Acolhimento Adulto, esta última inaugurada durante a pandemia de COVID-19. Me faz lembrar o grafite em um muro da cidade, dizendo que “Salvador não salva nada!”, ou talvez salve apenas o que convêm às oligarquias que dirigem a cidade desde o início da colonização. Assim, na precariedade desta rede assistencial – e na precariedade da vida – as CTs ganham um papel de destaque, aparecendo para muitos profissionais e usuários como um recurso “salvador”.

As CTs atuais não atuam como serviços de atenção residencial de caráter transitório da RAPS, pois não se articulam ao cuidado produzido em rede. Pelo contrário, operam em uma rede paralela à da RAPS, fazendo aproximações pontuais e de conveniência. São serviços que não trabalham com os mesmos princípios que pautam a RAPS e não se conectam aos demais serviços da Rede durante o período de internamento. Além disso, as CTs constroem projetos pós-alta também voltados para sua própria rede de estabelecimentos religiosos ou de grupos focados na abstinência, também com muitas conexões religiosas. Como operam na interdição do desejo e na patologização/criminalização dos modos de vida, a interação com uma RAPS que propõe exatamente o oposto é uma ameaça ao projeto terapêutico instituído durante a internação nestes serviços. A forte inclusão das CTs nas políticas públicas a partir de 2016 é um exemplo disso. A partir deste ano as Políticas de Saúde e sobre Drogas foram modificadas para adequar-se a uma proposta prescritiva e de desautorização dos usuários dos serviços, ao impor a abstinência como único caminho. Em uma rede orientada para a abstinência e guerra às drogas – e aos seus consumidores – as CTs tem papel de destaque. Importante ressaltar que este destaque se dá em um contexto de ruptura democrática, com novas políticas implantadas por um governo eleito no contexto de um Golpe de Estado, jurídico-midiático-parlamentar. Mas não é essa a Rede construída democraticamente ao longo de décadas de luta manicomial. Ciente disso,

os que defendem as CTs como legítimas em uma Rede Antimanicomial, precisam fazer exercícios retóricos e de redefinição de conceitos, na construção de novas narrativas onde as CTs possam encaixar-se de alguma forma.

O modelo de cuidado das CTs é compatível com visões políticas autoritárias, de controle da sociedade e da exploração capitalística. É herdeira direta do empreendimento moral colonial. Em nome do cristianismo e através da oferta de misericórdia e piedade aos excluídos, opera a conversão dos desviantes e indisciplinados para que se tornem obedientes e cumpridores das suas funções enquanto operários da sociedade capitalista, conforme definido em seus padrões de vida valorizada. Para isso, é preciso calar a dor e a revolta de séculos de assalto contra populações oprimidas e escravizadas, responsabilizando o indivíduo pela sua condição de excluído e negando sua história, para abraçar uma vida obediente à sociedade. Calar a dor da exclusão através do acolhimento e conversão das CTs ou através dos assassinatos da guerra às drogas? O que é mais humano? Ou mais cristão? É a CT menos violenta? Diante das balas talvez, mas não sei dizer. O fato é que são violências que se pretende negar, para sustentar a narrativa de que a repressão e o recolhimento de pessoas a estes estabelecimentos são formas de cuidado, justificando assim o investimento de dinheiro público. A trajetória de ocupação de espaços políticos das CTs, através de suas representações religiosas em diferentes esferas de poder político, em especial no legislativo nacional, me faz ter muitas dúvidas sobre a reversão do cenário atual de participação destes serviços no orçamento público, mesmo com a perspectiva de um governo progressista.

Finalmente, penso que para nos contrapormos às CTs é também preciso superar a CT em nós, profissionais de saúde. Superar o desejo de mudar o outro, a compreensão de que há vidas que precisam ser modificadas ou que há vidas com diferentes valorações. Abrir mão do poder pastoral que detêm o profissional de saúde, deixando de lado a pretensão de conduzir “seus” usuários para as melhores escolhas, passando a construir com o outro e a partir do outro estes caminhos. Trabalhar com a aposta de que toda a vida vale a pena, deixando de lado nossos valores morais para tomar com alteridade as moralidades do outro, apostando em uma ética da defesa da vida e da diferença através do cuidado. Em uma sociedade que transforma a diferença em desigualdade e conseqüentemente em repressão e exclusão de indivíduos, cuidar deste sofrimento valorizando a diferença é uma forma

de trabalhar por uma sociedade mais diversa, que se enriqueça com a diferença do outro, mais justa e igualitária.

BIBLIOGRAFIA GERAL

- AGAMBEN, G. **Altíssima pobreza: regras monásticas e forma de vida**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2014.
- AGUIAR, A. L. V. De. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudos das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (Dissertação de Mestrado)**. [S.l.]: [s.n.], 2014. Disponível em: <<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1804741>>.
- ALEXANDER, B. K. Dependência dos opiáceos: Rat-park revisitado. *In*: ALEXANDER, B. K.; MERHY, E. E.; SILVEIRA, P. (Org.). **Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, p. 733.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. 4. ed. [S.l.]: The Joanna Briggs Institute, 2017.
- BADAGNAN, H. F.; BRITO, E. S. De; VENTURA, C. A. A. Reflexões acerca das Comunidades Terapêuticas na Rede Comunitária de Saúde Mental do Brasil. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, 2013. v. 3, n. 1, p. 29–39.
- BARBOSA, D. *et al.* Drogas psicoativas: tratamento religioso e espiritual no contexto das Comunidades Terapêuticas. **Psicologia, Saúde & Doença**, 2020. v. 21, n. 02, p. 456–461.
- BARBOSA, D. V. S. *et al.* Reinserción en la familia, mercado de trabajo, y comunidad según la visión del egreso de comunidad terapéutica. **Revista San Gregorio**, 2016. n. 12, p. 37–43.
- BARCELOS, K. R. *et al.* A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. **Saúde em Debate**, 2021. v. 45, n. 128, p. 130–140.
- BARDI, G. **Entre a “cruz” e a ‘caldeirinha’: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas**. [S.l.]: [s.n.], 2019. ISBN 9781626239777. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7907454>.
- BARRETTO, L. D. **A formação no plano do cuidado : interseções, encontros e afetos**. [S.l.]: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.
- BASTOS, A. D. De A.; ALBERTI, S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciencia e Saude Coletiva**, 2021. v. 26, n. 1, p. 285–295.
- BLEICHER, T.; VIANA, T. De C. Continuidades e discontinuidades do tratamento moral em modelos de tratamento para toxicômanos. **Revista de Psicologia**, 2012. v. 3, n. 1, p. 38–50. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/103/102>>.
- BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “Novas” perspectivas e propostas higienistas. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, 2015. v. 22, n. 4, p. 1231–1248.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista**

Brasileira de Educação, 2002. v. 1, n. 19, p. 1–15.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União Seção 1 (9 de Abril de 2001). Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/552092>>.

BRASIL, M. Da S. 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.**, 2011. p. 1–15. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

BRASIL, P. Da R. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Diário Oficial da União.

CANGUILHEM, G. **GEORGES CANGUILHEM O Normal e o Patológico.** [S.l.]: [s.n.], 2006.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. **Temas em Psicologia**, 2017. v. 25, n. 2, p. 647–660.

CASTRO, M. Quem são os 40 novos bilionários brasileiros no ranking 2021. **Forbes**, 2021. Disponível em: <<https://forbes.com.br/forbes-money/2021/08/quem-sao-os-40-novos-bilionarios-brasileiros-no-ranking-2021/>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CAVALCANTE, L. D.; BOMBARDELLI, M. E. D.; ALMEIDA, R. J. De. Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química. **Vigilância Sanitária em Debate**, 2016. v. 4, n. 2, p. 44–50.

CONED-SP, C. E. De P. Sobre D. De S. P. **COMUNIDADE TERAPÊUTICA 2020 Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo.** São Paulo: [s.n.], 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>>.

_____; TORTURA, M. N. De P. E C. À; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017.** Brasília: [s.n.], 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP. Entrevista: Oswaldo Dante Milton di Loreto - Sociedade injusta produz loucura. São Paulo: **PSI Jornal**, 1997. v. 17, n. 104. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/104/frames/fr_entrevista.aspx>.

COTTA, M. S.; FERRARI, I. F. Comunidades Terapêuticas: uma invenção institucional para o tratamento da toxicomania. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, 2015. v. 10, n. 19, p. 04–15.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática.** 1ª ed. São Paulo: Escuta, 2002.

DUARTE, M. V. G.; BARROS, G. Da S.; CABRAL, B. E. B. Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? **Saúde em Debate**, 2020. v. 44, n. 127, p. 1151–1163.

FACHIN, P. Missões fundamentalistas: um dos pilares do etnocídio indígena no Brasil. Entrevista especial com Felipe Milanez. **Instituto Humanitas Unisinos**, 2021. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/607137>>. Acesso em: 8 fev. 2022.

FIORE, M.; RUI, T. **Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: [s.n.], 2021.

FISCHER, A. **Dependência em substâncias psicoativas: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação (Dissertação de Mestrado)**. [S.l.]: [s.n.], 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/87529/221329.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

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

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 5^a Ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1998.

_____. **El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974)**. 1^a ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____. **Segurança, Território, População: curso dado no College de France (1977-1978)**. 1^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saude e Sociedade**, 2015. v. 24, n. supl 1, p. 102–114.

GALINDO, D.; MOURA, M.; PIMENTÉL-MÉLLO, R. Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. **Barbarói**, 2017. v. 2, n. 50, p. 226–244.

GEHRING, M. R. **Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica (Dissertação de Mestrado)**. [S.l.]: [s.n.], 2014. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=151915>.

GOMES, M. P. C.; BEIRAL, T. C. Violencia como disparador do cuidado aos usuários graves de álcool e outras drogas: novos sentidos, significados e destinos. *In*: ALEXANDER, B. K.; MERHY, E. E.; SILVEIRA, P. (Org.). **Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas**. 1^a ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, p. 513–541.

GÓMEZ-RESTREPO, C. *et al.* Quality measurers of therapeutic communities for substance dependence: An international collaborative study survey in Latin America. **Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy**, 2017. v. 12, n. 53, p. 1–9.

GÓMEZ RESTREPO, C. *et al.* Therapeutic Communities In Latin America: An International Descriptive Study In Different Countries Across Latin America. **Revista**

Colombiana de Psiquiatria, 2018. v. 47, n. 3, p. 140–147.

GOULART, M. S. B. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CONCEITO E PRÁTICA DE UMA EXPERIÊNCIA DOS ANOS SESSENTA. **Revista de Psicologia**, 2014. v. 5, n. 2, p. 53–69.

GRAMACHO, D. ESDEP sedia evento sobre atos disciplinares aplicáveis aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial. **Defensoria Pública do Estado da Bahia**, 2015. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/portal/index.php?site=4&modulo=eva_conteudo&co_cod=14306>. Acesso em: 23 abr. 2022.

HECKERT, U. *et al.* Experiência de inclusão de equipe técnica em uma comunidade terapêutica de atendimento a dependentes químicos. **HU Revista**, 2004. v. 30, n. 1, p. 15–16. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/issue/view/71/10>>.

IPEA. **Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865&Itemid=6>.

KINOSHITA, R. T. **O outro da reforma: contribuição da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas**. [S.l.]: Universidade Estadual de Campinas, 2000.

LEON G., DE. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método [The Therapeutic Community]**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola. (Original publicado em 2000), 2008.

LIMA, M. E. A.; MATA, C. C. DA. Work as a therapeutic resource: Case study of a rehabilitation community for persons with chemical dependency. **Work**, 2013. v. 45, p. 529–535.

LONGO, M. A. T. A Dependência de Substâncias Psicoativas na Perspectiva da Comunidade Terapêutica. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, 2015. v. 17, n. 4, p. 286–291. Disponível em: <<https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/3272/3003>>.

MACHADO, C. Presos do lado de fora: Comunidades Terapêuticas como zonas de exílio urbano. *In*: RUI, T.; FIORE, M. (Org.). **Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021, p. 141–159.

MARTINEZ, M. M. **Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas**. [S.l.]: Universidade Federal de São Carlos, 2016.

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. 1ª ed. Lisboa: Antígona, 2014.

MCBRIDE, R. S. *et al.* Therapeutic communities in Santa Catarina, Brazil. **Therapeutic Communities**, 2018. v. 39, n. 4, p. 162–170.

MELO, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas. **Athenea Digital**, 2016. v. 16, n. 3, p. 379–399.

_____; _____. Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades

Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas. **Psicologia em Estudo**, 2018. v. 23, p. 1–16.

MENDONÇA, P. E. X. De. **SEM SOBERANIA: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas**. [S.l.]: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *In*: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia - A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125–142.

_____. *et al.* Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**, 2010. p. 60–75.

_____. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012, p. 76.

_____. As vistas dos pontos de vista: tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, 2013. v. 15, n. 35/36, p. 1–7. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/artigos_rbsf.php>.

_____. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 1**. 1ª ed. Ri: Hexis, 2016, p. 31–42.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MOEBUS, R. L. N. **O Trágico na Produção do Cuidado: Uma Estética da Saúde Mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

NATALINO, M. A. C. ISOLAMENTO, DISCIPLINA E DESTINO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. *In*: SANTOS, M. P. G. Dos (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 247.

OLIVEIRA, J. A. S. De. **Encontros entre trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador**. [S.l.]: Universidade Federal de São Paulo, 2021.

OLIVEIRA JÚNIOR, H. P. De. Platôs “em clausura”: as relações do corpo de homens internados em uma comunidade terapêutica. **Revista De Psicologia Da Unesp**, 2020. v. 19, n. 1, p. 115–122.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, 2013. v. 5, n. 2, p. 165–173. Disponível em: <<https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/285/350>>.

PAULA JUNIOR, G. V. De; CRUZ, A. R. Problemas interpessoais em comunidade terapêutica: um estudo exploratório. **Pesqui. prá. psicossociais**, 2017. v. 12, n. 2, p. 388–404. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/11.pdf>>.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciencia e Saude Coletiva**, 2014a. v. 19, n. 2, p. 569–580.

_____. **Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da**

dependência do álcool, crack e outras drogas em uma comunidade terapêutica. [S.l.]: [s.n.], 2014b. Disponível em: <<http://www.fca.unesp.br/Home/Instituicao/Departamentos/Gestaoetecnologia/teselivdoc.pdf>>.

PINHEIRO, C. M.; TORRENTÉ, M. N. DE. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). **Saude e Sociedade**, 2020. v. 29, n. 2, p. 255–269.

PINTO, D. Crack, cadeia ou caixão. **Bocão News**, 2010. Disponível em: <<https://www.bnews.com.br/noticias/politica/1768-crack-cadeia-ou-caixao.html>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

PRADO, A. Equipe 91 O WhatsApp que salva da morte em Rio Branco. **El País Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-05/o-whatsapp-que-salva-da-morte-em-rio-branco.html>>. Acesso em: 8 abr. 2022.

RAMOS, F. De S. **A reinserção do dependente químico no mercado de trabalho: o caso da Comunidade Terapêutica Ave Cristo (Dissertação de Mestrado).** [S.l.]: [s.n.], 2018. Disponível em: <<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2642242>>.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade Terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008. v. 24, n. 3, p. 361–368.

REIS, A. A. C. Dos; KINKER, F. S.; FURTADO, L. A. C. Descriminalização das drogas: é preciso recuperar o espaço público e o direito de viver. *In*: ALEXANDER, B. K.; MERHY, E. E.; SILVEIRA, P. (Org.). **Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas.** 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, p. 89–111.

RIBEIRO, D. De A. Reflexões sobre o conceito e a ocorrência do processo de gentrification no Parque Histórico do Pelourinho, Salvador – BA. **Cadernos Metrôpole**, 2014. v. 16, n. 32, p. 461–486.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, Maria Cecília De Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, 2015. v. 19, n. 54, p. 515–526.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RODRIGUES, L. S.; MOTA, C. De S.; CAMPOS, L. C. M. O agenciamento do cuidado em saúde mental: “medidas disciplinares” aplicadas a usuários por profissionais de saúde num Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas em Salvador/BA. **Revista Saúde em Redes - Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida**, 2016. v. 2, n. 1 Suplemento, p. 1–2. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=>>>.

ROSSI, C. C. S.; TUCCI, A. M. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. **Psicol. soc. (Online)**, 2020. v. 32, p. e170161–e170161.

RUI, T. A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica. **DILEMAS: Revista de estudos de controle e conflito social**, 2010. v. 3, n. 8, p. 45–73. Disponível em:

<<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7170/5749>>.

SANTIAGO, A. Índios deixam costumes tradicionais e viram evangélicos em aldeia, no AP - notícias em Amapá. **G1 Amapá**, 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/06/indios-deixam-costumes-tradicionais-e-viram-evangelicos-em-aldeia-no-ap.html>>. Acesso em: 8 fev. 2022.

SANTOS, A. B. Dos. **Colonização, quilombos: modos e significados**. 1ª ed. Brasília: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa - INCTI, 2015.

SANTOS, M. P. G. Dos. **Comunidades terapêuticas temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas.pdf>.

_____. Comunidades Terapêuticas e a Disputa Sobre Modelos De Atenção a Usuários De Drogas No Brasil. In: SANTOS, M. P. G. Dos (Org.). **Comunidades Terapêuticas: Temas Para Reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018b, p. 247.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; SANTOS, M. A. Dos. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. **Psicologia - Teoria e Prática**, 2014. v. 16, n. 2, p. 156–171.

_____; _____. Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2015. v. 35, n. 3, p. 781–796.

SCHLEMPER JUNIOR, B. R. Referência para vigilância sanitária em comunidades terapêuticas. **Rev. bioét. (Impr.)**, 2017. v. 25, n. 3, p. 462–72.

_____. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. **Revista Bioética**, 2018. v. 26, n. 1, p. 47–57.

SCHNEIDER, J. Experiências de ruptura de usuários de drogas. **Sociedade e Cultura**, 2011. v. 14, n. 2, p. 311–320.

SILVA, G. G. Da; PINTO, M. R.; MACHINESKI, G. G. Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em Comunidade Terapêutica. **Cogitare Enfermagem**, 2013. v. 18, n. 3, p. 475–481.

SILVA, I. F. C. E *et al.* Serviços de Saúde e Comunidades Terapêuticas: Há uma relação em prol do dependente químico? **Saúde e Pesquisa**, 2015. v. 8, n. 3, p. 533–540.

SILVA, L. G. Da; TÓFOLI, L. F.; CALHEIROS, P. R. V. Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental. **Estudos de Psicologia**, 2018. v. 23, n. 3, p. 325–333.

SILVA, M. A. R. Da. **Comunidade Terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica? (Dissertação de Mestrado)**. [S.l.]: [s.n.], 2013. ISBN 9789896540821. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=796578#>.

SILVA, S. L. V. Da; FROTA, F. H. Da S.; SILVA, M. A. L. Da. Análise do Funcionamento de Comunidades Terapêuticas na Perspectiva da Política Nacional Sobre Drogas. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, 2017. v. 7, n. 18, p.

5–22.

SOUZA, K. D. S. *et al.* Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, 2016. v. 12, n. 3, p. 171.

SOUZA, L. C. De; NUNES, M. C.; SANTOS, M. P. G. Dos. Tempo e subjetivação em Comunidades Terapêuticas. *In*: SANTOS, M. P. G. Dos (Org.). **Comunidades terapêuticas : temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 61–76.

TEIXEIRA, C. P. O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico. **Religião & Sociedade**, 2016. v. 36, n. 2, p. 107–134.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: Análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciencia e Saude Coletiva**, 2017. v. 22, n. 5, p. 1455–1466.

VASCONCELOS, M. P. N.; PAIVA, F. S. De; VECCHIA, M. D. O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. 2018. v. 11, n. 2, p. 363–381.

VICENTINI, N. E. **Drogas & Vida: a alteração (des)controlada pelos dispositivos biopolíticos (Dissertação de Mestrado)**. [S.l.]: [s.n.], 2011. ISBN 9780071784993. Disponível em: <[http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2903/1/tese_5275_Nielson E Vicentini.pdf](http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2903/1/tese_5275_Nielson_E_Vicentini.pdf)>.