

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

LUCIANA BARCELLOS FOSSI

OS DOZE PASSOS DO GOVERNO DAS VIDAS NAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS

PORTO ALEGRE
2013

LUCIANA BARCELLOS FOSSI

OS DOZE PASSOS DO GOVERNO DAS VIDAS NAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS

Dissertação apresentada como requisito parcial e último para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre
2013

LUCIANA BARCELLOS FOSSI

Dissertação de Mestrado, com título Os doze passos do governo das vidas nas comunidades terapêuticas, apresentada como requisito parcial e último para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Aprovada por:

Prof. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi (Orientadora)

Prof. Dra. Analice de Lima Palombini (PPGPSI/UFRGS)

Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha (PPGEDU/UFRGS)

Dra. Vera Lúcia Pasini (Grupo Hospitalar Conceição)

Porto Alegre, 17 de abril de 2013.

AGRADECIMENTOS

À Neuza Guareschi, pela acolhida, por acreditar na minha potência para desconstruir verdades, por ter me apresentado outras perspectivas, por ter revolucionado minha trajetória profissional.

Aos colegas de grupo de pesquisa Oriana Hadler, Carol dos Reis, Gisele Dhein, Letícia Lasta, Mariana Weigert, Karla Nunes, Alessandra Miron, Karen Cavagnoli, Fernanda Bassani e Luciana Rodrigues, pelo compartilhamento de saberes, pelo aprendizado coletivo, por alegrar as tardes de segunda. Por sermos grupo.

Ao Marcos Adegas, pelo apoio na etapa anterior ao mestrado, pelo aprendizado foucaultiano imprescindível para meu ingresso no grupo de pesquisa e-politics.

À Lutiane Lara e Zuleika Gonzales, pelo carinho e pela disponibilidade para me auxiliar na construção da dissertação.

À Anelise Steffen, Jocélia Riboli, Rejane Lopes, Aline Wingert, Junia Olbermann, João Nogueira, Eva Schneider e Heidi Schmidt, pelo trabalho em equipe, pelo coleguismo, pelas lutas ideológicas.

Aos amigos Daniele Souza, André Ferreira e Bolívar Von Borowski, pelos nossos encontros, pelo apoio durante a escrita.

À Gabriela Conterato, Larissa Roggia, Verônica Valle, Paula Adamy e Marília Silveira, por serem alegres presenças na minha vida.

À minha mãe, Maria Cristina, por me ensinar a viver a vida com coragem e bom humor. Por ser meu maior exemplo. Por estar ao meu lado. Por ser minha força.

Ao meu pai, João Fernando, pelo suporte que tem me dado para a realização de meus projetos de vida. Pelo nosso recomeço.

À minha irmã, Camila, por ser doce e ácida, por sua singularidade, pela amizade.

Ao meu marido, Rafael, pelo incentivo e pelo cuidado durante a escrita. Por trazer leveza para o meu dia-a-dia. Por ter se rendido ao amor.

RESUMO

Esta dissertação constitui-se em uma pesquisa sobre os efeitos da inserção das comunidades terapêuticas para o tratamento de usuários de drogas no Sistema Único de Saúde, a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, publicado pelo governo federal em 2010. Foram analisados os projetos de tratamento de quatro comunidades terapêuticas, disponíveis na internet. Para fundamentar a discussão da pesquisa, primeiramente, apresentamos um breve histórico da constituição das políticas públicas sobre drogas no país, tanto no âmbito da saúde como da segurança, a fim de visibilizar como se constitui a condição de possibilidade do entrelaçamento entre comunidades terapêuticas e a rede pública de saúde. Apresentamos, também, a estrutura e o funcionamento das instituições denominadas comunidades terapêuticas, bem como seu modelo de tratamento para os usuários de drogas, baseado na metodologia dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos. Através dos projetos terapêuticos, analisamos quais as premissas para o tratamento dos usuários de drogas e em que saberes essas premissas se sustentam, bem como a articulação entre a moral religiosa e as tecnologias disciplinares e biopolíticas na conformação do modelo de atenção das comunidades terapêuticas e na produção de modos de subjetivação. Para a análise desta pesquisa, utilizamos os operadores conceituais de biopoder e governamentalidade de Foucault.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica. Drogas. Biopoder. Governamentalidade.

ABSTRACT

This dissertation is a survey on the effects of the insertion of therapeutic communities for the treatment of drug users in the Health System from the Integrated Plan to Combat Crack, published by the federal government in 2010. We analyzed the treatment projects of four therapeutic communities, available on the internet. To ground the discussion of research, first we present a brief history of the formation of public policy on drugs in the country, both within health and safety in order to visualize the condition of possibility of entanglement between therapeutic communities and the network public health. Here also, the structure and functioning of institutions called therapeutic communities, as well as its model of treatment for drug users, based on the methodology of the twelve steps of Alcoholics Anonymous. Through the therapeutic projects, which analyzed the assumptions for the treatment of drug users and knowledge that these assumptions hold up as well as the link between religious morality and disciplinary and biopolitical technologies in shaping the model of care and therapeutic communities in the production of modes of subjectivity. For the analysis of this research, we use the operators of biopower and governmentality Foucault.

Keywords: Therapeutic community. Drugs. Biopower. Governmentality.

Os Doze Passos

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (VIVÊNCIA. REVISTA BRASILEIRA DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2011, p. 1).

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| PARTE I | 10 |
| 1 ADMITINDO O NOSSO PROBLEMA DE PESQUISA: A CONSTITUIÇÃO DO CRACK COMO PROBLEMA NO BRASIL E A NOVA CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DROGAS | 10 |
| 2 O ESTABELECIMENTO DE UMA POLÍTICA GLOBAL DE GUERRA ÀS DROGAS | 22 |
| 3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SEGURANÇA PARA DROGAS NO BRASIL | 26 |
| 4 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS | 33 |
| 5 O FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ATRAVÉS DO PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E SEUS EFEITOS | 38 |
| 6 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA DROGAS | 46 |
| 6.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA | 46 |
| 6.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS E O INCREMENTO DE NOVOS SERVIÇOS PÚBLICOS..... | 49 |
| 6.3 A REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA: UM OUTRO DISCURSO SOBRE O USO DE DROGAS..... | 52 |
| PARTE II | 56 |
| 7 CONDIÇÕES DE EXISTÊNCIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | 56 |
| 7.1 O CONVENIAMENTO COM O SUS | 59 |
| 8 A PSIQUIATRIA, A DISCIPLINA E A BIOPOLÍTICA | 63 |
| 8.1 O TRATAMENTO ATRAVÉS DO ISOLAMENTO | 68 |
| PARTE III | 75 |

| | |
|--|----|
| 9 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO | 75 |
| 10 ASCESE, CONFISSÃO E PUNIÇÃO ATRAVÉS DOS DOZE PASSOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | 82 |
| 10.1 ASCESE DO CORPO E DA ALMA: 'ESPIRITUALIDADE' COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA | 83 |
| 10.2 PRÁTICAS CONFESSIONAIS: A CONFORMAÇÃO DO SUJEITO ABSTÊMIO | 86 |
| 10.3 DA CONFISSÃO À PUNIÇÃO: A CONFORMAÇÃO DO USO DE DROGAS COMO DANO SOCIAL..... | 91 |
| 10.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE ASCESE, CONFISSÃO E PUNIÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | 93 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 96 |
| REFERÊNCIAS | |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – O papel da segurança pública no Plano “Crack, é possível vencer” | 31 |
| Figura 2 – Medidas para o cuidado de usuários de drogas do Plano “Crack, é possível vencer” | 37 |
| Figura 3 – Plano de intervenção em cracolândias, segundo o Plano “Crack, é possível vencer” | 41 |
| Figura 4 – Manutenção da abstinência como objetivo das Unidades de Acolhimento Adulto, segundo o Plano "Crack, é possível vencer" | 51 |
| Figura 5 – Rede de atenção ao usuário de droga com a inserção das comunidades terapêuticas, segundo o Plano "Crack, é possível vencer" | 55 |
| Figura 6 – Estabelecimento da relação entre o Estado e as comunidades terapêuticas do Plano “Crack, é possível vencer” | 61 |
| Figura 7 – Valor do investimento governamental para a questão das drogas..... | 62 |

PARTE I

1 ADMITINDO O NOSSO PROBLEMA DE PESQUISA: A CONSTITUIÇÃO DO CRACK COMO PROBLEMA NO BRASIL E A NOVA CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DROGAS

Nas últimas décadas, a questão do uso de drogas vem ocupando lugar significativo na mídia, nas políticas de estado, nos planos de governo e no cotidiano dos trabalhadores e dos serviços de saúde mental. A partir de 2010, o governo federal passou a investir maciçamente na questão das drogas, propondo novas estratégias e reforçando outras já existentes, bem como incrementando o orçamento para as ações propostas a fim de solucionar o 'problema' ou, pelo menos, minimizá-lo. Dentre as propostas, está a ampliação dos serviços de atenção à saúde para os usuários de drogas, trazendo para rede serviços que inicialmente não faziam parte dela. As comunidades terapêuticas, serviços de internação na modalidade de moradia para usuários drogas, passaram a compor a rede de saúde pública através do financiamento estatal.

O atendimento à saúde mental, até a consolidação da lei da Reforma Psiquiátrica (lei 10216/2001), era pautado na internação em instituições fechadas e na institucionalização dos portadores de sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica italiana, iniciada em 1971, foi precursora de um novo modelo de cuidado para os usuários de saúde mental e serviu de aporte para o modelo brasileiro vigente. Na cidade italiana de Trieste, o manicômio foi substituído por diversos serviços comunitários que objetivavam a manutenção do regime da vida social dos pacientes psiquiátricos. O resultado do movimento antimanicomial no Brasil, protagonizado por trabalhadores da saúde e pela sociedade civil, foi a reorganização dos serviços de atenção à saúde, e a criação de novos serviços (GOLDBERG, 1996).

A implementação da Reforma Psiquiátrica em 2001 estabeleceu uma nova rede de atenção à saúde mental. Antes, composta praticamente apenas por hospitais psiquiátricos, passou a ser orientada por uma lógica territorial: atendimento

mais próximo possível do local onde o usuário mora. Serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas de Geração de Renda, leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, atendimento em saúde mental na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Serviços Residenciais Terapêuticos e Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram apontados como a tecnologia adotada para o cuidado em saúde mental no SUS. Os serviços citados são públicos; alguns possuem verba específica para sua manutenção e todos eles possuem portarias que orientam seu funcionamento.

Mas, conforme destaca Petuco (2010), não foram apenas os *loucos* que sofreram com as instituições de lógica manicomial. O autor relembra os livros de Austragéliso Carrano (*Canto dos Malditos*) e de Cahlo Lopes (*Ala Fechada*). Ambos narram a experiência dos autores, usuários de drogas, durante o período de internação para tratamento. Cahlo Lopes foi internado em uma clínica em Porto Alegre em 1992, ele descreve em seu livro como a lógica manicomial opera no tratamento de usuários de drogas. São narrativas de maus tratos, tortura, cárcere privado, uso de psicofármacos como punição e não como indicação terapêutica. Nesta clínica, três anos antes da internação de Cahlo, houve um motim entre os internos, que sequestraram um estagiário, e obtendo atenção da mídia, denunciaram os maus-tratos que sofriam. Este motim aconteceu pouco depois da passagem de Petuco, que também havia sido internado nesta clínica, em 1989. O motim rendeu uma série de reportagens, porém a clínica seguiu funcionando (PETUCO, 2010).

Este relato reforça que a questão do tratamento dos usuários de drogas, historicamente, está delegado ao terceiro setor. Nas décadas 1980/1990, a questão das drogas não era apontada como um problema de saúde pública e, sendo assim, não havia um investimento estatal para a população usuária de drogas. Contudo, no início do século XXI, o uso de drogas começa a se tornar um problema social e passa a receber a atenção da mídia e do Estado.

A construção da rede de saúde mental da Reforma Psiquiátrica enfatizou, inicialmente, a implementação de serviços e tecnologias que pudessem receber os usuários egressos de hospitais psiquiátricos, muitos deles, até então, moradores destas instituições ou outros que necessitavam de cuidados intensivos por serem portadores de doença mental crônica ou com crises agudas. Desde a implementação dos CAPS com a Portaria GM 336 (BRASIL/MS, 2002), houve a

preocupação com o atendimento de usuários de drogas. Dentre os cinco tipos de CAPS existentes, um deles é específico para o problema do uso de álcool e outras drogas, sendo denominado Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). No entanto, os CAPS possuem critérios populacionais para sua implementação. Os CAPS AD possuem como critério um número mínimo de setenta mil habitantes para que ele possa fazer parte da rede municipal de saúde, segundo a portaria 336/02 do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2002). Sendo assim, esse serviço especializado no cuidado de usuários de drogas está disponibilizado apenas para os médios e grandes centros urbanos.

As comunidades terapêuticas passaram a fazer parte da rede de saúde no Brasil, oficialmente, a partir do Decreto Lei 7179 (BRASIL, 2010) ainda durante a presidência de Lula. O lançamento do Plano Integrado de Enfretamento ao Crack foi amplamente divulgado pela mídia. Com a eleição de Dilma Rousseff, o plano teve continuidade e foi incrementado. Dilma anunciou a campanha governamental “Crack é possível vencer” como quem anuncia uma “guerra”, dando a ênfase da seriedade do investimento do governo. A mídia ‘festejou’, pois investir no tratamento dos usuários de crack significava, justamente, o investimento em segurança pública, já que muitas situações de violência são associadas ao crack, como se a droga em si produzisse violência.

Dentre os serviços previstos para usuários de substâncias psicoativas, as comunidades terapêuticas não faziam parte da rede de atenção à saúde, já que não são consideradas serviços de saúde. Desde antes de seu conveniamento com o SUS, elas possuíam regulamentação para o seu funcionamento desde 2001, através da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A partir de 2010, elas passaram a ser conveniadas com o SUS, recebendo verba pública para o seu funcionamento. As comunidades terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela. Elas possuem um programa específico de tratamento, com meses de duração (entre seis e doze meses, conforme a instituição), regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas, do mesmo modo, por todos aqueles que ingressam na instituição. Nesse programa, as visitas dos

familiares são poucas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais.

A lógica que opera na comunidade terapêutica é da ordem privada, de moral religiosa. Esta lógica concorre e, ao mesmo, engendra-se na lógica vigente pós-reforma psiquiátrica para o cuidado à saúde dos usuários de drogas. No momento em que as comunidades terapêuticas se vinculam à rede pública, fica estabelecido o fluxo que o usuário de drogas irá percorrer pela rede de serviços, que incluem os CAPS, os leitos em hospital geral, dentre outros. Uma conciliação de lógicas, que seriam distintas originariamente, mas que, no percurso, traçaram trajetórias que se convergiram, e se entrelaçaram em uma só rede, incidindo sobre os sujeitos biopoliticamente, conformando modos subjetivação.

A experiência de si, que se pode chamar de experiência subjetiva, está engendrada pelas relações de saber e poder e, sendo assim, tal passa pela análise das condições de emergência de verdades produzidas sobre os sujeitos. Conforme Duarte (2008), o sujeito, para Foucault, é pensado como um produto resultante de uma multiplicidade de relações horizontais de saber-poder que o caracterizam como sujeito assujeitado e disciplinado. O fenômeno da biopolítica pode ser entendido através da disseminação global do exercício cotidiano do poder estatal, sob a forma de investimento na multiplicação da vida pela via da aniquilação da própria vida. Nessa conciliação das lógicas da comunidade terapêutica e dos serviços pautados pela Reforma Psiquiátrica, há um novo modo de manejo sobre o sujeito usuário de drogas, através de novas intervenções estatais que interferem no problema-droga, apontado como fenômeno populacional (GUARESCHI; LARA; ADEGAS, 2010).

O contexto, no momento em que surge o credenciamento das comunidades terapêuticas com o SUS, é marcado pelo aumento do consumo de crack no Brasil, apontado pela mídia, e também pelo aumento da demanda de atendimento de usuários nos serviços de saúde, visto como um grave problema social, sendo nomeada pela mídia como “a droga da morte”. Nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de reportagens nos meios de comunicação, referenciando o crack como a “[...] droga que escraviza em segundos, que zomba das esperanças de recuperação, que corrói famílias, que mata mais do qualquer outra droga e que afunda dependentes na degradação moral e no crime” (ROMANINI; ROSO, 2012, p. 86). No Rio Grande do Sul, o Grupo RBS, rede afiliada da Rede Globo, lançou a

campanha “Crack nem pensar”, trazendo para a programação da rede uma série de reportagens que alarmavam a gravidade do problema daqueles que usam crack. Se tornaram corriqueiras reportagens e denúncias de mães que algemavam ou amarravam seus filhos usuários de crack para cessar o consumo da droga ou jovens que vendiam botijões de gás, eletrodomésticos, pertences pessoais, para adquirir a droga.

O atual governo do país tem como plano governamental o ‘enfrentamento ao crack’, sob a campanha “Crack, é possível vencer”, com significativo investimento financeiro para contemplar a demanda da sociedade por alguma medida que dê conta de tal problemática. Em 2010, foi publicado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack que conveniou formalmente as comunidades terapêuticas com o SUS. A publicação do plano gerou repercussões com diferentes vieses. Se, por um lado, a opinião pública vê com bons olhos a medida governamental, por outro, parte dos trabalhadores da área da saúde, especialmente aqueles implicados com a manutenção do SUS e da Reforma Psiquiátrica em seus preceitos fundamentais, não entende que a medida seja o melhor caminho para abordar o problema social do uso de crack. Assim, existem movimentos contrários, motivados por lógicas distintas. De um lado, os militantes da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que entendem o conveniamento das comunidades terapêuticas como um retrocesso político. De outro, aqueles favoráveis à lógica manicomial, que há muito tempo questionam o modelo vigente e apontam os avanços da Reforma Psiquiátrica como um retrocesso no cuidado em saúde mental, bem como, o próprio plano de governo da gestão de Dilma Rousseff.

Outro aspecto primordial para que o plano publicado em 2010 tenha ganhado forças para sua sustentação diante dos embates mencionados está relacionado ao quadro político-partidário brasileiro. De acordo com Mariano (2012), podemos observar um aumento da ocupação religiosa da esfera pública, tanto para eleger seus próprios representantes no legislativo quanto para apoiar candidatos a cargos majoritários em troca de benesses. A eleição presidencial de 2010 foi marcada pela atuação intensa de bispos e igrejas pentecostais, que atacaram com veemência o III Programa Nacional de Direitos Humanos em suas propostas de descriminalização do aborto e de retirada dos crucifixos dos prédios do governo. O projeto de lei 122/2006 que visa a criminalização da homofobia também sofreu

ataques dos evangélicos, que entendem a proposta do projeto como um atentado à liberdade religiosa. Estamos diante de um ativismo político moralista (MARIANO, 2012).

Esse ativismo político moralista reúne forças, pois encontra eco na mídia e na sociedade. Esta ocupação religiosa em cargos legislativos e executivos só foi possível em razão de uma sociedade que legitima a atuação política pautada por uma lógica religiosa como modo de governo. Desta forma, os ditames governamentais enraizados no moralismo religioso ganham sustentação por serem, facilmente, aceitos pela sociedade e pela mídia.

Sendo assim, parece compreensível que um plano que estabelece o conveniamento público de instituições de caráter confessional seja bem visto pelo poder legislativo. No entanto, no contexto contemporâneo de pluralidade cultural e da busca por autonomia diante dos poderes constituídos, a interferência do clero em designar condutas morais rigorosas está debilitada. Apesar de algumas transformações nos planos morais e comportamentais dos pentecostais, outros aspectos mantêm-se com “[...] traços ascéticos e sectários, como a rejeição ao consumo de álcool, do fumo e das drogas, ao sexo fora do casamento, ao homossexualismo e ao ecumenismo” (MARIANO, 2012, p. 10).

Contudo, não é somente este contexto político-partidário que explica o conveniamento das comunidades terapêuticas com a rede do SUS. Existem lógicas distintas no seio da criação das políticas sobre drogas. Conforme Garcia, Leal e Abreu (2008), a política de enfrentamento às drogas no Brasil enseja, em suas proposições, uma luta entre as lógicas de segurança pública e de saúde pública expressas no embate entre as duas políticas instituídas pelo governo brasileiro, a saber: a política nacional antidrogas regulamentada em 2003 pela Secretaria Nacional Antidrogas (estrutura criada pela medida provisória nº 1689/1998 no governo de Fernando Henrique Cardoso e modificada para “Política Pública Sobre Drogas” no governo Lula) e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde instituída em 2004 (BRASIL, 2004).

A política de segurança pública segue a lógica do proibicionismo, seguindo o caminho oposto à tentativa de construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica, em que o cuidado à saúde não deveria estar atravessado pela criminalização daqueles que usam drogas. A lógica do tratamento para usuários de drogas na política pública

de saúde, conforme o documento de 2004, estaria pautado pela Redução de Danos, que não prioriza, necessariamente, a abstinência. Existe, portanto, um embate entre os gestores e trabalhadores da saúde, implicados com o cuidado na lógica da Redução de Danos e na defesa do SUS, e os gestores e trabalhadores que colocam estes preceitos em questão, trazendo o caráter proibicionista para a questão das drogas, que repercute no cuidado dos usuários, agora direcionados para as instituições com cunho religioso como as comunidades terapêuticas.

De acordo com Passos e Souza (2011), o exercício de poder gerado no embate entre forças democráticas e forças totalitárias resultou em um jogo de contradições entre a Constituição Brasileira e o Código Penal: a primeira garantindo o direito a liberdades individuais e o segundo proibindo que os pessoas usem certas substâncias. Tal contradição remete à conciliação sinistra entre democracia e totalitarismo sobre o eixo das drogas. A inserção da comunidade terapêutica na rede de cuidados está, diretamente, ligada à política de segurança já que é através de um edital da Secretária Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD), vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional, que elas passaram a ser conveniadas. Contudo, estas comunidades terapêuticas, antes mesmo de seu conveniamento, já funcionavam contando com os saberes e as práticas das disciplinas “psi” aliados à lógica religiosa de moralização dos sujeitos.

Uma problematização necessária no âmbito das políticas públicas diz respeito ao fato de que tanto o Ministério da Saúde quanto o Ministério da Justiça incidem sobre a temática, mas, em princípio, em perspectivas diferentes. Se de um lado, o Ministério da Saúde colocava a Redução de Danos como diretriz para a política de álcool e outras drogas, por outro, o Gabinete de Segurança Institucional, através da SENAD prioriza a internação, inclusive a de longa duração, em comunidades terapêuticas, em uma perspectiva de abstinência. No entanto, a verba que financia os leitos nas comunidades terapêuticas é advinda do Ministério da Saúde, que deveria legislar, justamente, no sentido oposto do que está colocado pela SENAD, por preconizar a Redução de Danos como diretriz para o tratamento. A partir do Decreto 7179 e do edital de conveniamento das comunidades terapêuticas subsequente ao decreto, SENAD e Ministério da Saúde se articulam na operacionalização da política de drogas.

Então, diante de um espectro de políticas públicas com posicionamentos diversos que se articularam, de um quadro político-partidário com interesse na legitimação de instituições confessionais atreladas às políticas públicas, fez-se o credenciamento das comunidades terapêuticas. Essas, como veremos ao longo desta dissertação, surgem vinculadas às congregações religiosas diversas com o intuito de tratar usuários de drogas através da imposição da abstinência como meta terapêutica. Para alcançar este objetivo, as comunidades terapêuticas têm em sua proposta, práticas ascéticas e confessionais, de caráter punitivo, que estão vinculadas aos doze passos dos Alcoólicos Anônimos (os doze passos do AA são tomados pelas comunidades terapêuticas como metodologia de tratamento na instituição).

Com esta proposta, temos uma nova perspectiva vigente no âmbito da política pública brasileira para o cuidado com usuários de álcool e outras drogas. A partir de 2010, o caminho traçado pelos diversos movimentos políticos descritos anteriormente resulta na determinação da SENAD para ampla internação dos usuários de drogas como medida terapêutica, que também pode ser entendida como medida de segurança pública, já que o uso de crack vem sendo associado a situações de violência.

Engajada na militância da Reforma Psiquiátrica, trabalhadora do SUS, psicóloga que atua na clínica antimanicomial de um CAPS tipo I, que atende usuários de drogas, me vi tomada de questionamentos diante do exposto acima. Primeiramente, sob o olhar militante, percebia este investimento estatal nas comunidades terapêuticas como um ataque à Reforma Psiquiátrica que fere os princípios do SUS. Como trabalhadora e profissional, pude experienciar na prática o acompanhamento dos egressos de internação em comunidades terapêuticas. O discurso 'pós-alta' dos usuários e de seus familiares me inquietou e desacomodou meus saberes, já que toda a 'parafernália' da clínica antimanicomial sucumbia diante do 'poder de Deus' de 'curar' estes usuários. Usuários que, antes da internação em comunidade terapêutica, já haviam experimentado outros modelos de tratamento, retornavam destas instituições atribuindo a Deus e à religião uma suposta cura para a dependência química que não pode ser alcançada em outros modelos de cuidado. A proposta de tratamento no CAPS com diversas modalidades de cuidado, muitas

vezes, não é tão bem-vinda para os familiares e, até mesmo, para os usuários, como a proposta de tratamento em comunidade terapêutica.

E foi com estas inquietações que ingressei neste programa de pós-graduação. Com esta dissertação foi possível problematizar a inserção das comunidades terapêuticas no SUS sob outra perspectiva. A academia possibilitou o deslocamento da minha “verdade” militante e, com este deslocamento do olhar, enxerguei outras racionalidades que sempre estiveram presentes, mas encontravam-se num ponto cego sempre existente para quem opera verdades e se insere no jogo de poder-saber na ‘defesa’ de uma causa. O movimento desde a construção do projeto de pesquisa foi, justamente, a desconstrução das verdades que eu entendia como ‘minhas’, que foram construídas na acadêmia ao longo da graduação, assim como, durante os três anos em que fiz parte de um programa de residência integrada em saúde e também nos espaços de militância que ocupo como profissional da saúde mental. Verdades que foram fundamentais para provocar a necessidade desta pesquisa, verdades que me desfiz, enquanto pesquisadora, para dar cabo de meu trabalho.

Desconstruindo então essas verdades, pude problematizar o SUS em toda a sua constituição e, em especial, os posicionamentos no que diz respeito à política de drogas nos últimos anos. Somente assim, foi possível pensar esta pesquisa, que visibiliza como se constitui o entrelaçamento entre o caráter religioso e disciplinar das comunidades terapêuticas com a rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas preconizadas pelo Ministério da Saúde, bem como, os efeitos desse entrelaçamento nos modos de produção do sujeito usuário de álcool e outras drogas. Este estudo trata da análise de quatro comunidades terapêuticas localizadas no Rio Grande do Sul: Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer, Centro de Reintegração Social Aprendendo a Viver, Comunidade Terapêutica Ferrabraz e Fazenda do Senhor Jesus. Como material de análise para esta pesquisa, foram utilizados os projetos terapêuticos de tratamento propostos por estas comunidades disponíveis em suas páginas na internet. Através dos projetos terapêuticos, analisamos quais as premissas para o tratamento dos usuários de drogas e em que saberes estas premissas se sustentam, da mesma forma, a articulação entre a moral religiosa e as tecnologias disciplinares e biopolíticas na conformação do modelo de atenção das comunidades terapêuticas. Para possibilitar esta discussão, serão

utilizados os operadores conceituais de biopoder e governamentalidade de Michel Foucault.

Assim, será apresentada uma discussão teórica sobre as legislações no âmbito de segurança e de saúde pública sobre drogas, que conformaram as condições de emergência das comunidades terapêuticas conveniadas à rede pública de saúde. Apresentaremos também quais as práticas de cuidado, especificamente, a Redução de Danos e os serviços de atenção preconizados até então pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica. E, finalmente, os aspectos de estrutura e funcionamento das comunidades terapêuticas e as práticas religiosas ascéticas no cuidado com os usuários de drogas através da metodologia dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos.

Após esta contextualização da pesquisa, na primeira parte deste trabalho, apresentaremos como se estabeleceu uma política global para drogas pautada pelo proibicionismo, desencadeada pelos Estados Unidos da América, mas que se desdobrou por diversas partes do mundo, influenciando o modo como o Brasil constituiu suas políticas públicas neste setor.

Na sequência, discutiremos a constituição da política de segurança pública brasileira no que concerne às drogas, fazendo um breve apanhado histórico desde o início do século XX até a atualidade, que contempla os aspectos políticos, econômicos e sociais do período.

Consecutivamente, apresentaremos a criação da SENAD e a contextualização de sua proposta política. Neste capítulo, mostraremos os primeiros indicativos da possibilidade de inserção das comunidades terapêuticas na rede pública, que culminaram no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, em 2010.

Assim, abordaremos no item 5 as medidas governamentais que possibilitaram o financiamento público das comunidades terapêuticas. Nesse capítulo, além das medidas governamentais, discutiremos o modo como o consumo de drogas pode ser entendido sob o aspecto do proibicionismo e do neoliberalismo no Brasil.

Para finalizar esta primeira parte da dissertação, trazemos o último elemento referente às políticas públicas brasileiras para o uso de drogas: a política de saúde. Nesse capítulo, apresentaremos, inicialmente, a constituição do SUS e da Reforma Psiquiátrica como norteadores da política pública de saúde para usuários de drogas.

Em seguida, iremos demonstrar como se organiza estrutural e ideologicamente a rede de serviços idealizados pela Reforma Psiquiátrica e os incrementos desta rede após o ano de 2010, que se aproximam da perspectiva da internação e do asilamento. Finalizamos esta parte com uma discussão sobre a estratégia da Redução de Danos na política de saúde para usuários de drogas.

Na segunda parte, iniciamos uma abordagem mais aprofundada de nosso problema de pesquisa: as comunidades terapêuticas. Primeiramente, apresentamos o surgimento delas no seio do programa de Alcoólicos Anônimos nos Estados Unidos da América e as premissas de seu funcionamento e proposta de tratamento. Em seguida, discutiremos a entrada do poder público nas comunidades terapêuticas através de seu conveniamento.

Em seguida, apresentamos um grande capítulo teórico a partir das obras de Foucault. Primeiramente, discutiremos como a psiquiatria se constitui seus saberes e suas práticas, para, dessa forma, construir um entendimento a respeito da constituição das práticas das comunidades terapêuticas. Abordaremos, também, o tratamento através do isolamento, partindo do modelo de tratamento da lepra e da peste, avançando para a compreensão de como se estabeleceu o modelo das comunidades terapêuticas. Finalmente, apresentaremos os conceitos de disciplina, biopolítica, biopoder e governamentalidade para Foucault, que sustentam teoricamente a construção desta pesquisa.

A terceira parte desta dissertação é onde apresentaremos a análise realizada nesta pesquisa. Assim, iniciamos com uma descrição sobre a estrutura e o funcionamento das instituições analisadas em que serão apontadas as questões que analisaremos no item seguinte.

No item 10, apresentamos a análise sobre as práticas das comunidades terapêuticas. Assim, analisaremos com a ascese se organizou como prática terapêutica no tratamento para usuários de drogas; as práticas profissionais que conformam os sujeitos abstinências que as comunidades terapêuticas forjam e a punição presente no tratamento, considerando que uso de drogas é conformado como dano social.

Após essa análise, passamos para o encerramento desta dissertação. Nas considerações finais, retomamos o modo como se estabeleceram as políticas públicas brasileiras para a questão das drogas que possibilitaram a inserção das

comunidades terapêuticas na rede pública de saúde e os efeitos dessa inserção, tanto para os sujeitos usuários de drogas como na própria política pública.

Ao longo da dissertação, serão encontradas figuras provenientes da apresentação institucional do programa “Crack é possível vencer” disponível no site do governo federal (<<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>>). Apesar de não terem sido utilizadas como material de análise, estas imagens dialogam com este trabalho na medida em que contemplam diversos aspectos desenvolvidos ao longo deste estudo e visibilizam as medidas governamentais que foram abordadas nesta dissertação.

2 O ESTABELECIMENTO DE UMA POLÍTICA GLOBAL DE GUERRA ÀS DROGAS

Antes de discutir as políticas públicas do Brasil para o problema das drogas, proponho entender como se estabeleceu uma conformação proibicionista como medida global para esta questão e que incidiu sobre o modo como o Brasil estabeleceu sua política. Este entendimento é relevante para compreender a construção de políticas públicas através das quais foi possível a inserção das comunidades terapêuticas. A lógica da política brasileira de segurança pública, em um primeiro momento, assim como as medidas recentes da SENAD já apontadas, estão engendradas com movimentos globais de “guerra às drogas”, disparados, especialmente, pelos Estados Unidos da América (EUA).

O consumo de substâncias como a maconha e o LSD, em diversos países do mundo, ganharam popularidade na década de 1960, e estava associado com as posturas reivindicatórias e libertárias que compunham o quadro de manifestações das políticas de ruptura da época. Com a visibilidade do consumo de drogas, houve a deflagração intensa de elaboração de leis penais, bem como de campanhas mobilizadas por movimentos sociais de cunho repressivo aliadas aos meios comunicação. Estes parecem ser alguns dos motivos que justificaram o início da globalização do controle de entorpecentes. O êxito da estratégia de globalização do controle penal sobre as drogas aconteceu com a Convenção Única sobre Estupefacientes, institucionalizadas pela ONU (1961), que foi ratificada por mais de cem países na década de sessenta. Através da aprovação do Convenção sobre Drogas Psicotrópicas (1971), em Viena, aconteceu a consolidação da proposta de globalização do controle penal (CARVALHO, 2007).

De acordo com Delmanto e Magri (2011), estas medidas foram potencializadas também em razão do contexto político-econômico, como o fim do comunismo e o advento do neoliberalismo e pelas políticas externas dos presidentes estadunidenses Ronald Reagan e Richard Nixon. Em 1980, o presidente Ronald Reagan lançou a campanha *Just say no* (apenas diga não) contra as drogas. Além

da campanha, o governo Reagan aumentou as penas de prisão para os usuários e traficantes de drogas e criou leis que autorizavam medidas como o confisco de bens de traficantes. Após o fim da Guerra Fria, os Estados Unidos se tornaram a única superpotência do mundo. Diante desta posição, o governo estadunidense ameaçou com sanções econômicas aqueles países que não colaborassem com a guerra às drogas. Sendo assim, na década de 1990, países do mundo inteiro, dentre eles, o Brasil, ampliaram o orçamento dos órgãos repressivos com a ajuda dos EUA (BURGIERMAN, 2011).

Emergia, então, a política global de guerra às drogas, liderada pelos EUA. Essa política trouxe um novo sentido para o conceito de guerra. No atual estado de guerra global, as batalhas passaram a ser declaradas a inimigos que não são geográficos, mas transnacionais como as drogas e o terrorismo. A guerra às drogas se tornou, ao mesmo tempo, um exercício de controle social e uma estratégia para o fortalecimento da economia neoliberal através da intensificação da economia bélica, visto que a lógica de guerra às drogas e a lógica de consumo não são opostas; elas se alimentam e se fortalecem mutuamente (PASSOS; SOUZA, 2011).

Delmanto e Magri (2011, p. 72), ao discutir questão da proibição das drogas, afirmam que ela serve

[...] Aos interesses imperialistas dos Estados Unidos, presentes militarmente em diversas partes do globo supostamente para combater o tráfico de drogas; Ao Estado, que a utiliza de maneira a segregar, encarcerar e mesmo assassinar setores excluídos da sociedade; ao setor financeiro internacional, sustentado por uma complexa rede de corrupção e lavagem de dinheiro; aos donos de clínicas e comunidades terapêuticas, à indústria farmacêutica [...].

Ao analisar o discurso do combate às drogas, Bucher e Oliveira (1994) destacam os mecanismos de poder envolvidos nesse discurso, mecanismos que indicam formas de disciplinarização diante de um contexto autoritário e repressivo, pois ele vem atrelado a um amplo projeto normalizador das relações sociais. Diante da ameaça de condutas desviantes, "[...] funda-se a prescrição normativa que desencadeia o controle, a intervenção e a exclusão" (BUCHER; OLIVEIRA, 1994, p. 144). Os argumentos utilizados pelo discurso de combate às drogas, que impõem a manutenção da ordem moral, social e econômica vigente, dizem respeito às estruturas de poder e o sistema de normas dominantes. A norma, de acordo com

Veiga-Neto (2007), é o elemento que individualiza, mas que, paralelamente, incide sobre o conjunto de indivíduos, permitindo a comparação entre eles. Com esta comparação, é possível designar como anormal aqueles cuja diferença em relação à maioria é excessiva, em que a diferença é considerada um desvio.

No ensejo do paradigma proibicionista deflagrado pela política global de guerra às drogas, conforme Delmanto e Magri (2011), a medicina construiu parâmetros que colocam a droga como causadora de dependência, que é entendida como doença. A ciência médica, articulada à proibição das drogas e ao poderio político-econômico da indústria farmacêutica, pretende a cura do que compreende como enfermidade, difundindo o ideário de uma sociedade medicalizada em sua totalidade. A política brasileira tem uma perspectiva, predominantemente, patologizadora do uso de drogas; se é doença, trata-se com remédio. Mas, para isso, é preciso que o usuário cesse o consumo de drogas para que ele possa ser tratado. É nesse ponto em que o discurso médico-biológico fortalece o tratamento nas comunidades terapêuticas, pautado pelo isolamento social e pela abstinência. De acordo com Alarcon (2012), o proibicionismo tem sua sustentação no duplo elo constituído entre o discurso sanitário, em sua busca “moralizada” de saúde, e o discurso criminológico.

O estabelecimento de medidas proibicionistas trouxe como consequência o aumento dos índices de consumo de drogas no mundo inteiro, a superlotação do sistema penitenciário e o aumento das taxas de homicídio. A ofensiva às drogas iniciada pelo presidente Reagan é considerada por Burgierman (2011) o maior desastre de política pública do século XX, que foi reconhecido no relatório *War On Drugs* da reunião de 2011 da Comissão Global de Política de Drogas.

Contudo, muito antes do engajamento de Reagan contra o consumo de drogas, os EUA já haviam experimentado medidas proibicionistas radicais. De acordo com Carneiro (2009), nos Estados Unidos, sob a influência de correntes puritanas do metodismo e de outros grupos religiosos, uma frente política passou a defender a atitude extrema de proibir o álcool, o tabaco e outras drogas de uso recreativo no período de 1919 a 1933 em todo o país. Após a abolição da proibição, o índice de homicídios nos EUA caiu por onze anos consecutivos. Tal medida proibitiva demonstra a influência religiosa nas decisões estatais, através da organização política dos religiosos e da representação destes nas esferas

legislativas dos governos, não só nos EUA, mas também em diversos países, como, por exemplo, o Brasil.

Apesar do fracasso da medida da proibição do consumo de bebidas alcoólicas, o espírito puritano proibicionista continuou a influir no mundo, como veremos no capítulo a seguir sobre as políticas públicas de segurança no Brasil. O paradigma da abstinência pode ser entendido, de acordo com Passos e Souza (2011), como uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma arbitrária quando a abstinência é colocada como a única direção de tratamento possível. Este paradigma está fortemente arraigado no modo de lidar com o problema das drogas desde o século passado e, ainda hoje, vem ganhando forças que também são oriundas da influência dos partidos políticos com base religiosa.

Apresentado o contexto de guerra às drogas protagonizado pelos EUA que influenciou as políticas sobre drogas em diversas partes do mundo, partimos para a discussão no âmbito brasileiro. A seguir, abordaremos como se deu a consolidação da política pública de segurança no que concerne ao uso de drogas a partir do século XX no Brasil, entendendo que os preceitos desta política produzem saberes e práticas que tocam a política pública de saúde, engendrando o proibicionismo e a moralização do uso de drogas com as tecnologias de cuidado em saúde.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SEGURANÇA PARA DROGAS NO BRASIL

No início do século XX, a questão das drogas ilícitas não era apontada como um problema social na época, como tem sido colocado na atualidade. Todavia o consumo de álcool já era destacado como problema desde o Brasil colonial e imperial, não para as elites, mas sim para os homens do povo, os pobres e os escravos. O “alcoólatra” é um sujeito social inventado nas primeiras décadas da República. A concepção do alcoolismo como doença, que se torna problema médico, do ponto de vista histórico, é uma construção recente (CARVALHO, 2012).

É importante salientar a relevância de tratar da questão do consumo de álcool desde o início do século XX. No momento em que o uso de álcool por parte da classe trabalhadora, passa a ser entendido como problema, pois, economicamente, causa impacto no desenvolvimento e crescimento do país, uma série de intervenções são organizadas para intervir na dissolução do consumo abusivo, assim como a questão do crack foi tomada como problema de saúde e segurança pública e agora está sendo alvo de intervenções diversas.

Além do investimento no controle do consumo de álcool, as drogas ilícitas, mais timidamente, começaram a ser alvo de medidas proibitivas. Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia. Esta convenção propôs o primeiro tratado internacional sobre o controle da venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Em 1924, o Código Penal Brasileiro estabeleceu a pena de prisão para quem comercializasse derivados do ópio e cocaína. A embriaguez que causasse prejuízo à ordem pública passou a ser passível de internação compulsória (MACHADO; MIRANDA, 2007).

As transformações político-econômicas advindas do fim da I Guerra Mundial provocaram disputas no interior das oligarquias dominantes, causaram o crescimento da indústria e o conseqüente crescimento da população urbana. Neste contexto, vigoraram os ideais de ordem, progresso e nacionalismo. No contexto internacional, surgiram movimentos que problematizavam a noção de nacionalidade que enfatizavam a questão racial e davam relevância à saúde da população. Esses movimentos, no Brasil, organizaram-se através de ligas que reuniam as elites

intelectuais e políticas. A medicina, neste contexto, desempenhou um papel fundamental (CARVALHO, 2012).

Em 1923, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental que buscava a construção de uma "alma nacional" (BAPTISTA, 1999). A Liga, que foi criada para aperfeiçoar a assistência aos doentes mentais e preocupada com os "flagelos nacionais", dedicava-se ao tratamento de alcoólatras, dentre outros distúrbios (BAPTISTA, 1999). Suas intervenções não estavam restritas aos espaços reservados à loucura: elas aconteciam nas fábricas, nas escolas, entre outros espaços, utilizando práticas de caráter preventivo. O botequim era considerado o desencadeador do alcoolismo. A preocupação do projeto preventivista não era a loucura em si, mas a saúde do povo brasileiro, mais especificamente, por meio da valorização do trabalho e da família. Com o discurso de melhoria da raça brasileira e da construção da identidade nacional, teorias eugênicas da Europa foram incorporadas às análises preventivistas (BAPTISTA, 1999).

O alcoolismo entre os trabalhadores pobres era um problema em razão da potencialidade desestabilizadora da ordem social e das forças produtivas necessárias para o crescimento da indústria nacional. O objetivo das medidas da Liga Brasileira de Higiene Mental era ajustar o indivíduo e transformá-lo em um trabalhador forte e dócil (CARVALHO, 2012).

De acordo com Fausto (1995) o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) reprimiu as organizações trabalhadoras urbanas que estavam fora do controle do Estado, especialmente as de esquerda, atraindo-as para o apoio difuso ao governo. Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, inaugurando uma política governamental específica para a classe trabalhadora. Os sindicatos foram enquadrados ao Estado, contando com a participação de funcionários do ministério nas assembleias sindicais e sua legalidade estava vinculada ao reconhecimento ministerial e ao cumprimento de uma série de normas. A política trabalhista de Getúlio Vargas não surgiu por conta de pressões da classe social, mas da necessidade de ação do Estado. Apesar do avanço em algumas questões referentes aos direitos trabalhistas, em 1935, foi promulgada uma lei que definiu a organização de partidos ou associações com o objetivo de subverter a ordem política ou social e a greve de funcionários públicos como crimes contra a ordem política e social.

Em 1937, iniciou o Estado Novo. Implantado no estilo autoritário, centralizava o governo na figura do presidente Vargas, dando a ele, inclusive, o poder de vetar o exercício de governadores eleitos. O Estado Novo, em seu aspecto socioeconômico, representou a aliança entre a burocracia civil e militar com a burguesia industrial com vistas à industrialização imediata do Brasil sem grandes abalos sociais. A partir de 1937, o governo adota uma política de substituição das importações pela produção interna e de estabelecimento de uma indústria de base. (FAUSTO, 1995).

Se o consumo de álcool por parte da classe trabalhadora foi alvo de intervenção moralizante pelas ações da Liga Brasileira de Higiene Mental, a partir de 1923, o uso de drogas ilícitas foi tratado da mesma forma pelas primeiras leis no país. Em 1938, foi promulgado o Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891, que, posteriormente, foi incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940. De acordo com Carvalho (2007), a elaboração do Decreto-Lei de 1938 se deu de acordo com as disposições da Convenção de Genebra de 1936, cumprindo com a recomendação de proibir inúmeras substâncias consideradas entorpecentes e regulamentando às questões que concernem à produção, ao tráfico e ao consumo. O Código Penal de 1940, conforme Carvalho (2007), é caracterizado pela tentativa de preservar as hipóteses de criminalização na interpretação e aplicação da lei. A concepção apresentada no Código configura uma perspectiva criminalizadora do consumo de drogas classificadas como ilegais, tendo como foco a elaboração de estratégias de controle sobre a população trabalhadora, construída durante o governo de Getúlio Vargas, sobre quem o Estado deveria estabelecer ações a fim de conter comportamentos desviantes em prol da industrialização do país (MATOS, 2001).

Nessa época, de acordo com Matos (2001), prevaleciam no Brasil estratégias de prevenção, principalmente, direcionadas ao consumo de álcool, através de campanhas que envolviam a sociedade em geral, mas com o Estado tendo papel central. Durante esse período, houve uma defesa pela criação de asilos para alcoolistas financiados pela verba arrecadada com impostos da venda de bebidas alcoólicas. A função desses asilos seria dupla: a de restabelecimento (com o isolamento dos alcoolistas, seria possível a correção do comportamento), e o ensinamento de um ofício, já que a disciplina e o trabalho já eram vistos como fatores reintegradores dos usuários de drogas para a sociedade. Disciplina e

trabalho, justamente, são considerados, hoje, pelas comunidades terapêuticas (além da espiritualidade), o foco do tratamento para os usuários de drogas.

As décadas seguintes, no âmbito do cenário internacional, foram marcadas por diversos tratados internacionais sobre drogas que embasaram a reformulação da lei de 1938. O advento da II Guerra Mundial trouxe uma estreita relação entre Brasil e Estados Unidos da América e o Brasil passou a participar das Conferências Pan-americanas e de outras organizações internacionais. A Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961 e a Convenção de Drogas Psicotrópicas de 1971, ambas da Organização das Nações Unidas (ONU), atrelaram a formulação das políticas no mundo inteiro e subordinaram as políticas nacionais dos países signatários a estes acordos internacionais (FONSECA; BASTOS, 2012).

No ano de 1976, durante o governo militar, sob a presidência de Ernesto Geisel, foi promulgada a Lei Federal 6.368 de 21 de outubro que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. O artigo 10 dessa lei determina que o tratamento sob regime de internação hospitalar deve ser obrigatório quando o quadro clínico do dependente químico ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem e, para aqueles que estiverem privados da liberdade por infração penal, será dispensado tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário. A lei também determina, como crime sujeito a pena, portar drogas para uso próprio. De acordo com o texto da referida lei, é evidente o estabelecimento de uma política proibicionista sobre o uso de drogas, reafirmando a criminalização do consumo destas substâncias no Brasil. As questões referentes à saúde são secundárias às questões jurídicas e criminais (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Segundo Carvalho (2007), a Lei 6368/76 manteve o histórico discurso médico-jurídico, tradicionalmente, diferenciando consumidores e traficantes na concretização moralizadora dos estereótipos consumidor-doente e traficante-delinquente. Com a implementação deste discurso no plano da segurança pública, o traficante passa a representar o papel político do inimigo interno, justificando as exacerbações penais.

A criminalização do consumo de drogas inicia-se em 1911, sendo reforçado pelo Decreto-Lei sobre a questão em 1938. Durante o período da ditadura militar no Brasil, a criminalização do uso de drogas foi fortemente instituída, já que a

população supostamente usuária de drogas era na maioria da categoria estudantil ou artística que estava engajada na contestação dos governos militares. Apenas três dias após o golpe militar, líderes estudantis foram presos, universidades foram invadidas e a União Nacional dos Estudantes (UNE) foi interdita. Um livro intitulado “UNE – instrumento de subversão” chegou a ser publicado pelo IPES (Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais), instituição aliada a ideologia militar. Neste momento da história do Brasil, qualquer atividade que fosse contrária ao governo vigente era vista como subversiva. Os movimentos estudantis e artísticos que se manifestaram contra a repressão e a censura também foram criminalizados (DREIFUSS, 1981).

O início da década de 1980 foi marcado pelo período de redemocratização do país e de abertura política. Quando João Figueiredo assumiu a presidência do Brasil, em 1979, a situação econômica do país estava fragilizada. Em 1983, o Brasil recorreu ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e a inflação se tornou um problema grave. Por outro lado, a lei de anistia possibilitou a volta dos exilados políticos e ampliou as liberdades públicas. Neste período, também foi aprovada a Lei Orgânica dos Partidos que possibilitou a criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e Partido Democrático Trabalhista (PDT), e que foi fundamental para restabelecimento do regime democrático (FAUSTO, 1995).

A lei 6368/76 instituiu também o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, vinculado ao Ministério da Justiça, que possibilitou a criação dos Conselhos Antidrogas na década de 1980. De acordo com Mesquita (*apud* GARCIA; LEAL; ABREU, 2008), os chamados Conselhos de Entorpecentes (nas esferas municipais, estaduais e federal) contribuíram para conduzir iniciativas sobre a temática das drogas no Brasil focadas no binômio abstinência-repressão. No processo de redemocratização, diversos atores passaram a compor os espaços organizativos das políticas públicas, a fim de garantir o exercício da democracia no Brasil. Com a criação do SUS, foi garantida a existência desses conselhos através do controle social, regulamentado pela lei 8142/90 (BRASIL, 1990). Cabe ressaltar que muitos destes conselhos, até os dias atuais, mantêm-se com a nomenclatura de “conselhos antidrogas” ou de “entorpecentes”, e sendo espaços para o controle social do SUS; é através desses que a população e outras instituições incidem sobre a política de saúde. Na década de 1990, o Sistema Nacional de Prevenção,

Fiscalização e Repressão foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A Lei 6368/76 passou por reformas que culminaram com a nova Lei de Drogas (Lei 11.343/06). De acordo com Carvalho (2007, p. 63), a emergência desta lei “[...] ocorre sob o signo da repressão às organizações criminosas responsáveis pelo comércio ilegal de entorpecentes”. O mesmo autor discute a dificuldade de detectar as redes de criminalidade, que produzem dificuldades interpretativas da lei que resultam em ampliar as malhas da criminalização. Apesar da descarcerização do porte pessoal de droga para consumo próprio, a Lei 11.343/06 reforça o sistema proibicionista da Lei 6368 “[...] em detrimento de projetos alternativos (descriminalizadores) moldados a partir das políticas públicas de redução de danos” (CARVALHO, 2007, p. 71).

A descriminalização do porte de drogas para consumo próprio, em inúmeros países da Europa sustentados pela política de redução de danos, não acontece com Lei 11.343/06, que mantém o sistema proibicionista através de penas leves. Essas medidas, tomadas como terapêuticas, engendram o usuário de drogas no discurso psiquiátrico que patologiza o consumo de substâncias psicoativas, operando na lógica inversa aos programas de redução de danos (CARVALHO, 2007).



Figura 1 – O papel da segurança pública no Plano “Crack, é possível vencer”.

Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

Como vimos, o Brasil constituiu, desde a época colonial, uma gama de discursos moralizantes e proibicionistas sobre o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Estes discursos, concretizados como medida na criação da Liga Brasileira de Higiene Mental e, mais adiante, no sentido criminalizante do Código Penal, ainda hoje, e, talvez mais fortemente nos últimos anos, operam no modo de intervir quando o assunto é o problema-droga. Discursos e práticas, modos de governo, que possibilitam a inserção das comunidades terapêuticas para o tratamento dos usuários de drogas. Em uma perspectiva criminalizante do uso de drogas, o tratamento em uma instituição com restrição ao ir e vir dos sujeitos se apresenta como uma medida consonante ao proibicionismo estabelecido no Brasil.

Temos, portanto, um rol de leis com histórico caráter proibicionista, que não dialogam com as políticas de saúde pautadas pela redução de danos. Em 1998, é criada a SENAD (denominada na época de Secretaria Nacional Antidrogas). A criação da secretaria deu novos rumos (ou viabilizou os rumos pré-existentes a ela) para a política pública de drogas no Brasil, pois seu foco de atuação não diz respeito somente às questões de saúde pública. O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, citado nas primeiras páginas desta dissertação, que incrementou o orçamento para o cuidado dos usuários de drogas e que trouxe as comunidades terapêuticas para cenário da rede pública de saúde, foi resultado do investimento da SENAD em uma política pública para drogas que não está engajada apenas na saúde da população que usa drogas, mas também veicula outros interesses políticos, como a questão de segurança, de habitação e de trabalho. Sendo assim, o capítulo seguinte se dedica a apresentar a criação da SENAD e sua proposta política.

4 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS

A década de 90 é marcada pelo avanço do neoliberalismo no Brasil. O neoliberalismo pretende a reconstituição do mercado com a redução ou até a eliminação da intervenção social do Estado em diversos setores, como resposta parcial à crise capitalista. Assim, a desigualdade e a concorrência são concebidas como disparadores do desenvolvimento social. Esta é uma nova estratégia hegemônica do grande capital para a reestruturação produtiva e de reforma do Estado, com a globalização da produção e dos mercados, e que envolve um novo trato à questão social, que fragiliza a condição de direito às políticas sociais e assistenciais. Em substituição, surge uma modalidade polimórfica de respostas às necessidades individuais, pautada, a partir de então, segundo o poder aquisitivo de cada um (MONTAÑO, 2002).

Na racionalidade política da arte governar do neoliberalismo, segundo Foucault (*apud* FONSECA, 2008), a forma política do mercado está generalizada para todo o corpo social, de modo que a economia de mercado opera como princípio de inteligibilidade para as relações sociais, assim como para os comportamentos individuais. A análise do comportamento humano é conformada pela arte de governar neoliberal como tarefa da economia política.

A política pública de segurança passa a ganhar forças através da instituição de uma secretaria governamental específica para a questão das drogas em 1998. Com a implementação dessa passa a se consolidar mais fortemente – com legislações e planos específicos – a lógica do proibicionismo. Este movimento iniciado em 1998 pode ser considerado como o disparador de um processo que só veio a se fortalecer, trazendo inclusive como consequência a inserção das comunidades terapêuticas na rede de saúde, dentre outras ações governamentais que serão descritas a seguir. A política proibicionista desloca a questão das drogas para a substância, não colocando o sujeito em questão. De acordo com Alarcon (2012), nessa perspectiva, a importância das ações está na redução da demanda das drogas, gerando a crença de que o único tratamento é a abstinência total e as drogas são tomadas como entidades metafísicas e maléficas em qualquer caso.

A Medida Provisória nº 1669 de 1998, instituiu a “Secretaria Nacional Antidrogas”, atualmente denominada “Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas”. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) está diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. O anúncio da criação da SENAD foi realizado durante uma sessão especial da assembleia da ONU dedicada ao enfrentamento mundial do problema das drogas. Dentre as atribuições da SENAD, estão os aspectos de repressão, prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas – que também são atribuições de outras esferas governamentais, como o Ministério da Saúde (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A SENAD entende que a prevenção do uso de drogas deve se dar pela articulação de diferentes segmentos da sociedade, fundamentada na filosofia de Responsabilidade Compartilhada, com a construção de redes sociais que visem a melhoria das condições de vida e de saúde da população. As ações preventivas devem ser descentralizadas, com apoio dos Conselhos Estaduais de Políticas Públicas sobre Drogas, que devem estimular a criação de Conselhos Municipais sobre Drogas. No que concerne ao usuário de droga, a SENAD tem como diretriz para prevenção dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.

No que diz respeito ao tratamento de acordo com a SENAD, o Estado deve garantir tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional para usuários e dependentes de drogas, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas. Uma das diretrizes é definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitando o âmbito de atuação de cada instituição. Em outras palavras, a SENAD traz, para o cenário da política pública, instituições (como as comunidades terapêuticas) que até então, apesar de sua atuação, não eram tocadas pelas normativas estatais. A política da SENAD não explicita qual é o modelo de tratamento adotado por ela, ao

contrário, ela possibilita a existência de múltiplos modelos de cuidado, dentre eles a Redução de Danos¹.

A SENAD não exclui ou rejeita a Redução de Danos e suas diretrizes. Apesar de a Redução de Danos não ser a estratégia prioritária de ação da secretaria, ela está colocada como uma das possibilidades de modos de intervenção. Ainda assim, o fato de existirem múltiplas possibilidades de abordagem para o tratamento de usuários de drogas deixa aberto o caminho para a instituição de modos de cuidado pautados por lógicas engendradas com o proibicionismo e a criminalização, já experimentadas antes da Reforma Psiquiátrica, aliadas com instituições e atores do setor privado. Esta é a brecha que permite que instituições como as comunidades terapêuticas possam compor a rede pública de cuidado aos usuários de drogas.

De acordo com Montaño (2002), a resposta à questão social no neoliberalismo é marcada por três estratégias distintas. A primeira é caracterizada pela precarização das políticas sociais e assistenciais estatais com a manutenção de sua gratuidade em nível marginal através de um duplo processo de focalização e descentralização dessas políticas, configurando uma resposta do Estado dirigida às populações carentes. A segunda estratégia é a privatização das políticas sociais e assistenciais através de dois caminhos: o da remercantilização dos serviços sociais, que, sendo lucrativos, são transpassados ao mercado e vendidos ao consumidor (cidadãos plenamente integrados), e o da refilantropização para atender aos setores da população que ficarão descobertos pela assistência estatal e que não terão acesso aos serviços privados, que se dá através da transferência à esfera civil da iniciativa de assistir a população mediante práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas. Assim se constitui o terceiro setor (MONTAÑO, 2002).

De acordo com Leal, Garcia e Abreu (2008), a criação da SENAD pode ser entendida como uma estratégia política do Brasil para mostrar, à comunidade internacional, a priorização do combate às drogas por parte do governo, uma vez que o nascimento da entidade coincide com o período em que acontece o avanço explícito da política neoliberal. No ensejo da globalização da produção e do mercado, políticas que dialoguem com a lógica hegemônica estabelecida internacionalmente para a questão das drogas, coloca o Brasil em um estrato de

¹ A Redução de Danos será abordada detalhadamente no item 6.3.

consonância com a ordem mundial que favorece as relações mercantis com outros países.

Conforme Melcop (2004), o consumo de drogas nas sociedades modernas reflete as mudanças sociais e econômicas dos últimos séculos, que modificaram costumes e deslocaram os mecanismos de controle comunitário para as grandes corporações e instituições anônimas. No polo oposto ao do vegetal (cânhamo, coca) transformado artesanalmente em substância psicoativa (maconha, cocaína), hoje tem-se a droga em série, produto de fabricação laboratorial e que é produzida, lícita ou clandestinamente, em escala repetitiva como qualquer outro bem de consumo generalizado. De acordo com Koutousis e Perez (*apud* ALARCON, 2012), foi a partir das consequências relativas à Revolução Burguesa e Industrial, juntamente com a eclosão da indústria farmacêutica e o início da produção maciça de psicoativos, que o padrão ancestral do uso de drogas – ritualístico e comunitário – encontrou materialidade para inventar as relações denominadas toxicomanias de massa.

O avanço da política pública de segurança para drogas continuou e, em 2005, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) publicou o texto da Política Nacional Sobre Drogas, em que é prevista a articulação e integração das intervenções para tratamento do âmbito privado – incluindo as comunidades terapêuticas - com o SUS e o SUAS por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros. As comunidades terapêuticas não são serviços previstos na composição da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, segundo a Política Ministerial de Saúde (Brasil, 2004). Assim, fica oficializada uma interlocução que já vinha sendo construída desde a criação da SENAD.

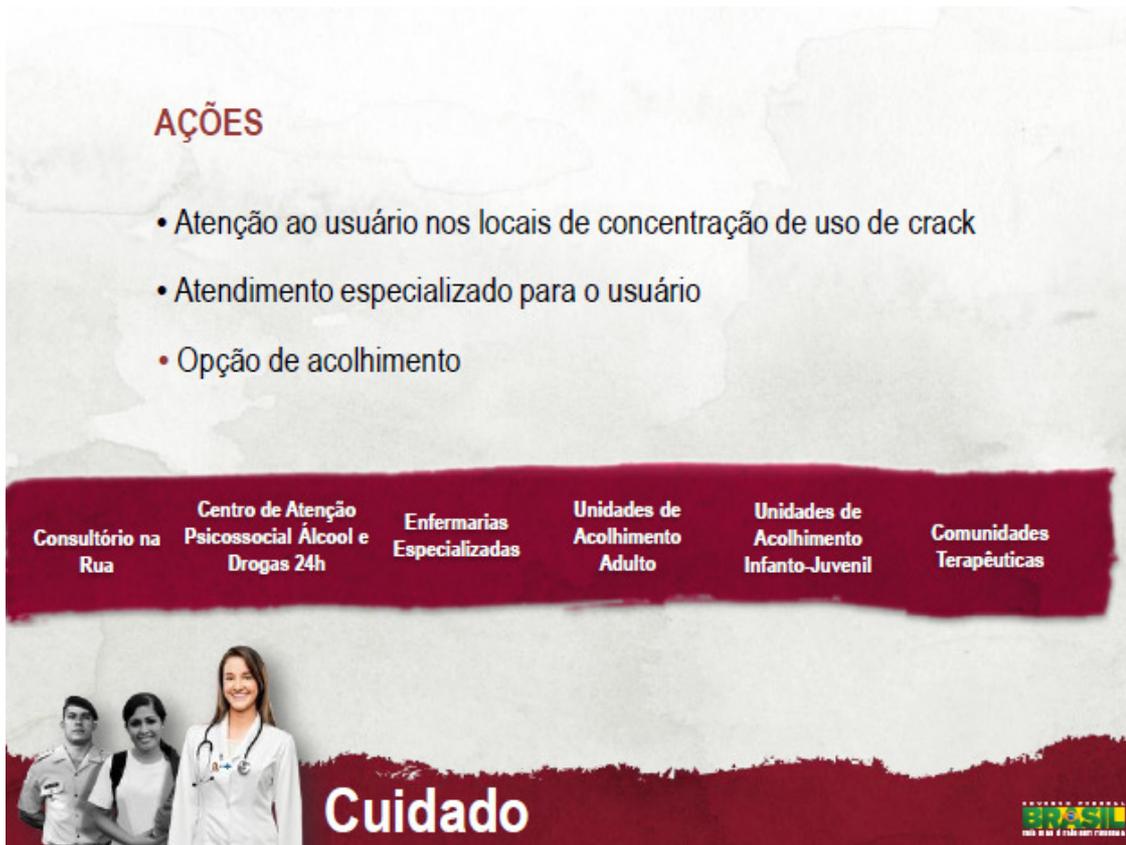


Figura 2 – Medidas para o cuidado de usuários de drogas do Plano “Crack, é possível vencer”.
Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

O que inicialmente estava colocado como ‘possível’ no texto das diretrizes da SENAD agora passa a ser ‘real’ com a Política Nacional Sobre Drogas. Em 2010, então, é publicado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, que, dentre as suas medidas, trouxe as comunidades terapêuticas para a rede pública. A SENAD, nesse plano, ‘acolhe’ as instituições religiosas no tratamento dos usuários de drogas como veremos a seguir.

5 O FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ATRAVÉS DO PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E SEUS EFEITOS

Em 2010, o governo federal, ainda sob a presidência de Lula, publicou o Decreto 7179 – intitulado de “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, vinculado a SENAD, plano que tem como principal e primeira ação imediata a ampliação de leitos para tratamento de usuários de crack. Após a publicação dele, foi lançado o Edital 001/2010 do Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Saúde para a contratação de leitos em comunidades terapêuticas pelo período de 12 meses, com valor de R\$ 800 mensais por leito, financiado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Em 2011, Dilma Rousseff assumiu a presidência da república do país. Alguns dias antes da votação para o segundo turno da eleição, a coligação partidária da candidata divulgou os treze compromissos programáticos da, então, futura presidenta. O nono dos treze compromissos abarca a questão do SUS e coloca como meta “[...] universalizar a saúde e garantir a qualidade dos atendimentos do SUS: [...] Haverá especial atenção aos programas de saúde mental, especialmente no tratamento do alcoolismo, do consumo de crack e de outras drogas que afetam particularmente nossa juventude” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013). O governo Dilma iniciou sua gestão com um olhar atento às políticas públicas sobre drogas e, logo nos primeiros meses, incrementou o orçamento e lançou a campanha “Crack é possível vencer”, dando continuidade ao que estava pactuado no Decreto 7179 (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

De acordo com Gomes e Caponni (2011), o investimento governamental na questão do consumo de crack, mais especificamente, está conectado com outros interesses dos que formulam as políticas públicas. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, que serão sedes da Copa do Mundo de 2014, as intervenções com relação ao consumo de drogas estão conectadas com a especulação imobiliária e com a privatização das políticas públicas, colocando-se, portanto, ao lado de interesses privados. Se, de um lado, o governo enrijece nas medidas para o controle do uso de drogas ilícitas pela população, por outro, permitiu, por pressão da FIFA,

que durante a Copa do Mundo os torcedores possam consumir álcool dentro dos estádios, suspendendo uma lei que vigora no país desde 2003. O fato do Brasil estar prestes a ser o palco de grandes eventos internacionais como a Copa das Confederações (2013), a Jornada Mundial da Juventude Católica (2013), a Copa do Mundo (2014), os Jogos Olímpicos (2016), dentre outros, influencia no modo como estão conduzidas as políticas públicas no país.

[...] as operações nas favelas do Rio de Janeiro, iniciadas em 2007 e apoiadas pelas Forças Armadas, seguidas da implantação das unidades de Polícia Pacificadora (UPPs), reforçaram a repressão e levaram a presença do Estado a regiões antes entregues ao tráfico, não apenas atendendo às críticas internacionais, como também como preparação para a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016 (EM DISCUSSÃO. REVISTA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS DO SENADO FEDERAL, 2011, p. 59).

No final de 2011, o governo federal anunciou o investimento de R\$ 4 bilhões em ações para enfrentar o crack, prevendo a criação de mais 2.462 leitos para internação de usuários de drogas, que totalizam o investimento de R\$ 670,6 milhões no setor hospitalar e também a abertura de 2.500 vagas em comunidades terapêuticas. O plano prevê, ainda, uma capacitação, intitulada “Fé na Recuperação”, para lideranças religiosas através do curso “Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento” (SUPERA), promovido pela SENAD. Portanto, estabelece formalmente o papel das instituições religiosas na execução da política nacional proposta pela SENAD.

A Igreja Católica no Brasil, ainda na atualidade, mantém-se como uma estrutura de referência com capacidade para estabelecer valores para a sociedade e promover seus posicionamentos. As ações desenvolvidas pela comunidade evangélica tornaram-se cada vez mais influentes no Brasil. Em decorrência de seus posicionamentos conservadores em diversas temáticas, como a prevenção da AIDS, por exemplo, uma parcela significativa dos políticos embasa suas decisões políticas nos preceitos religiosos, angariando a simpatia do eleitorado (FONSECA; BASTOS, 2012).

Além disso, a longa duração histórica do paradigma biomédico bem como da definição de saúde como ausência de doença facilitaram a disseminação da abstinência como único tratamento possível para os usuários de drogas. A crença na adequação de um tratamento norteado pela abstinência é resultante também da

ideia puritana de que as drogas são a encarnação do mal e que, paralelamente, está em sintonia com o discurso jurídico-político proibicionista. Portanto, não há contradição entre as condutas clássicas médico-psicológicas de intervenção e as intervenções religiosas baseadas nos modelos estadunidenses de lastro puritano.

E muito menos houve qualquer descontinuidade aparente entre a perspectiva jurídico-política, baseada na repressão e no combate às drogas, e os modelos assistenciais disponíveis na sociedade como todo e no setor público em particular (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012, p. 86).

Ainda que o Ministério da Saúde afirme, na Política de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2004), dentre outras publicações, que a diretriz para o tratamento de usuários de drogas deve ser pautado pela Redução de Danos, neste momento, ele passa a ocupar um papel fundamental – pelo fato de ser quem financia os leitos nas comunidades terapêuticas – na consolidação e no fortalecimento de uma lógica segregadora de tratamento em saúde mental, engendrada à lógica de abstinência, trazendo a moralização religiosa para o tratamento dos usuários. Sendo assim, o embate entre saúde e segurança que vimos anteriormente não é tão dicotômico, já que, diante deste financiamento, a saúde se coloca como parceira da SENAD por pactuar com suas diretrizes. Neste momento, as políticas públicas de saúde e as políticas públicas de segurança não são polos opostos (se é que um dia foram de fato). Saúde e segurança se colocam como as duas agulhas que juntas tramam o fio da governamentalidade – que Foucault (1994) conceituou como o conjunto das técnicas de dominação que se exercem sobre os outros e as técnicas de si - da vida dos sujeitos usuários de drogas.

De acordo com Andrade (2011), proposição de leitos em hospitais e comunidades terapêuticas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, e em particular aos CAPS, encontra eco no imaginário popular, que espera por soluções imediatas de cura e de afastamento das atividades marginalizadas e ilegais por parte dos usuários de drogas. O autor afirma que o internamento nesses serviços vai na direção contrária das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos.

A publicação do incremento de R\$ 4 bilhões para o enfrentamento do crack por parte do governo gerou repercussões de repúdio ao investimento de verba

pública nas comunidades terapêuticas. No dia seguinte ao anúncio do governo, o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS) publicou em seu *site* uma nota de repúdio ao plano. Nessa nota, o CRPRS indica que o plano é um retrocesso na política consolidada de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, afirmando que “[...] o atual governo sornateiramente criminaliza o usuário e de modo eleitoreiro toma o crack como o principal vilão da sociedade”. A decisão do governo, incluindo o próprio Ministério da Saúde, desrespeita a decisão da 14ª Conferência de Saúde que disse não ao repasse de dinheiro público para as comunidades terapêuticas.

Com isso, fica evidente que a política proibicionista vem tomando força e, cada vez mais, está sendo consolidada como prioridade governamental, em uma perspectiva higienista, já que o montante dos investimentos financeiros é destinado ao internamento dos usuários de drogas. Em janeiro de 2012, a mídia fez ampla cobertura da ação de “limpeza” das ruas da *cracolândia* (denominação popular de uma região de São Paulo que concentrava um grande número de usuários e traficantes de drogas) e que resultaram em prisões e internações involuntárias. Após alguns dias de uma intensa intervenção estatal, as imagens divulgadas pela mídia eram de ruas vazias e praças limpas.

O infográfico apresenta um plano de intervenção em cracolândias, dividido em três pilares principais: Intervenção em Cracolândias, Enfrentamento às Organizações Criminosas e Adequação da Legislação. O plano é baseado no documento 'Crack, é possível vencer' (2013).

Intervenção em Cracolândias

- ✓ **Atuação articulada entre as áreas de saúde, assistência social e segurança.**
 - ✓ Orientação de usuários para serviços de acolhimento e tratamento
- ✓ **Espaços urbanos seguros**
 - ✓ Policiamento ostensivo por meio de:
 - ✓ bases móveis com videomonitoramento;
 - ✓ câmeras de videomonitoramento fixo;
 - ✓ centrais de videomonitoramento;
 - ✓ ações de capacitação de policiais para atuação ostensiva;
 - ✓ Articulação com estados e municípios para revitalização de espaços públicos e convivência comunitária;
- ✓ **Identificação e prisão de traficantes**
 - ✓ Ações integradas de inteligência entre Polícia Federal e polícias estaduais.

À direita do texto, há uma imagem de uma sala de controle com múltiplos monitores exibindo imagens de câmeras de segurança.

Na base do infográfico, há uma imagem de três profissionais (duas mulheres e um homem) e o termo **Autoridade** em letras grandes. No canto inferior direito, há o logo do CRPRS (Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul).

Figura 3 – Plano de intervenção em cracolândias, segundo o Plano “Crack, é possível vencer”.

Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

De acordo com Foucault (2010a), no ponto em que se encontram a instituição destinada a administrar a justiça e as instituições qualificadas para enunciar a verdade, em que se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, são formulados enunciados com estatuto de discursos verdadeiros e, sendo assim, com efeitos judiciários. A SENAD, vinculada à segurança institucional e, portanto, aliançada com questões do âmago da justiça - no momento em que se coloca como o órgão responsável pela política pública sobre drogas no país - sustenta suas atribuições nos saberes específicos de disciplinas como a psicologia e a medicina. “O Plano Integrado de Enfrentamento” pode ser entendido como um efeito jurídico deste encontro, e que produziu outros efeitos jurídicos, como a ação policial na *cracolândia*.

A ação na *cracolândia* gerou manifestações de repúdio por parte dos profissionais de saúde contra a ação ostensiva no local. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma nota em seu site questionando os objetivos e o método adotado na ação, afirmando que a natureza desta medida viola os direitos humanos de pessoas que já estão fragilizadas. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, junto a outras entidades da sociedade civil, participou de uma reunião na Câmara de Vereadores de São Paulo e repudiou, ao lado de outras entidades, a ação militar na *cracolândia*.

De acordo com Nunes *et al* (2010), as desigualdades sociais produzidas por uma sociedade de economia neoliberal traz como consequência o fortalecimento do crime organizado. Como o consumo de drogas gera grandes lucros, é importante que se tenha uma organização minuciosa para que a droga chegue até o consumidor sem ser apreendida pela polícia. O mercado paralelo acaba sendo uma possibilidade de geração de renda para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade, buscando, no mercado da droga, possibilidades de renda, delineando caminhos de sofrimento. O aumento da violência ligada ao tráfico tem estreita relação com a filosofia adotada pelo governo brasileiro na área de drogas nos últimos anos por enfatizar as políticas de redução da oferta em detrimento das propostas educativas, preventivas e terapêuticas de redução de danos. O efeito da submissão ao modelo norte-americano de guerra às drogas tem sido a vitimização recorrente dos jovens brasileiros, já que são considerados “vítimas” das substâncias psicoativas ilícitas (FRANCH, 2004).

Conforme Passos e Souza (2011), as práticas da ditadura no Brasil, como a tortura, passaram a ser exercidas sobre comunidades pauperizadas mediante intensificação do poder policial. Um exemplo disso são as Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) presentes nos dias de hoje nos morros do Rio de Janeiro, como as comunidades do Alemão, Prazeres e Vila Cruzeiro. Os locais que eram conhecidos pela presença de um intenso tráfico de drogas e da violência atrelada ao crime organizado foram “pacificados” contando com tais unidades que visam a desarticulação do tráfico, ou seja, o controle policial da vida na favela. A presença das UPPs nas favelas é polêmica. Se, por um lado, uma parcela da população defende uma ‘retomada’ destes territórios por parte do Estado, por outro, são muitas as denúncias de abuso do poder policial.

Ao passo que as políticas e as medidas de intervenção no campo da drogas se tornam mais moralizadas e higienistas, setores da sociedade civil e órgãos de classe, como já vimos, se articularam para tencionar a estratégia do atual governo. Em fevereiro de 2012, foi organizada a Frente Nacional pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas. A Frente reúne entidades e movimentos sociais brasileiros com representatividade regional no país, por uma política sobre drogas norteada pela política antimanicomial e pela reforma psiquiátrica brasileira. Diversas organizações se uniram para realizar o enfrentamento às drogas de maneira coletiva, demonstrando que o modelo repressivo adotado como estratégia da política pública sobre drogas da SENAD não está em consonância com os ditames do SUS e da Reforma Psiquiátrica e, portanto, precisa ser questionado. Dentre os diversos princípios da Frente Nacional, a defesa do Estado laico merece ser destacada, uma vez que as principais medidas recentes tomadas pela SENAD, assim como pelo Ministério da Saúde, aliam-se às comunidades terapêuticas de congregações religiosas. A Frente Nacional também se posiciona contra a inclusão de comunidades terapêuticas e serviços afins com a rede de saúde do SUS.

O modelo repressivo da política contra as drogas, segundo Passos e Souza (2011), evidencia um modo de operar em que o Estado se depara com as consequências da globalização da economia e do avanço da lógica neoliberal. Esse é o cenário em que as drogas tornaram-se um mal a ser eliminado pelo Estado e, paralelamente, um produto a ser consumindo pelas classes média e alta. Dentro do contexto da sociedade de consumo, as drogas se inserem em uma rede de

produção de substâncias que se a agencia a uma ampla rede de produção de subjetividade, pois as drogas permitem acessar, de modo instantâneo, a rede de produção de subjetividade consumista. As técnicas de poder efetivam o comando social e reverberam-se no comportamento das pessoas, interferindo sobre o comportamento, os afetos, as necessidades, os prazeres e as ansiedades das pessoas. Estes mecanismos de poder agem pela via da sedução, através da lógica de prazer ininterrupto do consumo e da aquisição (MORAES; NASCIMENTO, 2002).

Na pós-modernidade, a relação que o homem estabelece com a droga é permeada pelos novos padrões de consumo decorrentes do capitalismo, que impõe uma cultura de consumo desenfreado e inconsequente como possibilidade de existência. Em uma sociedade pautada pelo capital, em que as relações passam a ser mercantilizadas e o consumo impera, o individualismo e o imediatismo são produtores dos modos de subjetivação. A cultura midiática que homogeneíza e controla em prol da liberdade, em uma tendência totalitária, associando produto – e dentre eles, a droga – a um ideário de felicidade e realização (NUNES *et al*, 2010).

As peças midiáticas sobre drogas, publicitárias ou informativas, conforme Vedovatto (2010), desenham a figura de um sujeito fraco, sem autonomia, empobrecido, que tem a atitude impensada de usar uma substância descontroladamente, destruindo sua família, sua vida profissional e seus vínculos sociais. A forma como é apresentado o usuário de droga generaliza o uso de substâncias, colocando tal uso sempre como problemático, destruidor e desagregador de valores morais e éticos. O efeito disso é a construção de uma imagem do “drogado” responsável por todos os males da sociedade.

A moral, dividida entre os consumidores e os não-consumidores de drogas, encontra-se paralisada em decorrência da hipocrisia inerente à proibição do consumo de certas drogas. Os cidadãos cumpridores da lei consideram, muitas vezes, os usuários e os traficantes como agentes modernos do “demônio”. Diversos crimes que mobilizaram a opinião pública, como a corrupção de um ex-presidente da República e o assassinato de uma atriz famosa, foram associados na mídia ao uso de drogas (ZALUAR, 1994).

De acordo com Garcia, Leal e Abreu (2008), a individualização do problema, inscrevendo-o na perspectiva moral-legal ou médico-social, coloca como objetivo a eliminação da droga. Assim, os usuários de drogas são considerados como populações flutuantes, não-socializadas, que ameaçam a ordem social. Tal postura

marca uma tendência de manutenção da racionalidade conservadora centrada na perspectiva norte-americana de guerra às drogas que subsidia a política.

A seguir, apresentaremos um breve apanhado histórico da construção do SUS e do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, problematizando as tecnologias de cuidado para usuários de drogas e os saberes produzidos neste contexto. Qual SUS é esse – ideologicamente pensado no seio da militância democrática – que viabiliza a inserção de comunidades terapêuticas, que promove a presença da moral religiosa no cuidado dos usuários de drogas?

6 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA DROGAS

6.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Na construção do Estado Moderno, emergiram diferentes tecnologias de poder disciplinar e biopolítico que regulamentaram as políticas públicas a partir dos Direitos Humanos. Assim, o Estado Moderno constituiu o sujeito de direitos a partir de diversas intervenções estatais e não-estatais sobre a população, em um processo que engendra a construção do elemento subjetivo das políticas públicas. O mercado econômico neoliberal se apresenta como uma faceta relevante no estabelecimento da governamentalidade que produzem sujeitos autônomos (GUARESCHI; LARA; ADEGAS, 2010).

De acordo com Guareschi, Lara e Adegas (2010), as políticas públicas são um modo de intervenção do Estado decorrentes da preocupação em buscar a maximização da vida e, sendo assim, construíram direitos que garantissem os fatores considerados importantes para esse investimento. A biopolítica é a tecnologia de poder que faz a regulação da vida através do manejo da população, aplicando-se à vida das pessoas como massa global. Dessa forma, as políticas públicas se configuram, em certa medida, como as ações do Estado decorrentes da necessidade de intervir nos fenômenos da população, da necessidade de estabelecer a governamentalidade dos sujeitos, ou seja, dirigir as condutas através das racionalidades políticas, bem como assegurar aos sujeitos desprovidos de condições a garantia de sua inserção no mercado. A nova política pública brasileira para a saúde da população insere-se nesse sentido.

Ao final da década de 80 e ao longo dos anos 90, a saúde ganhou destaque no contexto das políticas públicas no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido na Constituição Brasileira de 1988, com o reconhecimento da saúde enquanto um direito de cidadania e dever do Estado, associada às condições de vida. A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica nº 8080 de 1990 decretaram uma nova forma de

cuidado e de acesso à saúde no Brasil. O SUS incorporou um conceito ampliado de saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A promoção de estratégias de intervenção no sentido de promoção social da qualidade de vida pode se transformar em uma engrenagem para o melhor governo das vidas no sentido biopolítico, pois inclui as condições econômicas, sociais e afetivas de estar no mundo. Se considerarmos esta premissa, a promoção da saúde pode ser nada mais que a expansão da medicalização da sociedade “[...] pontuando as determinações da biopolítica como critério para a avaliação da qualidade de vida, mantendo todos os discursos cada vez mais aderidos ao poder médico” (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012, p. 71).

No contexto do surgimento do SUS, insere-se o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que teve seu início no final de década de 70 e no início dos anos 80. Os objetivos principais da Reforma Psiquiátrica vêm sendo a construção de novas premissas teórico-conceituais, técnico-assistenciais, político-jurídicas, sócio-culturais, metodológicas e éticas para a assistência psiquiátrica no Brasil, contrapondo-se de forma crítica e prática ao modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 1994).

Conforme Amarante (2001), a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo no qual se articulam quatro dimensões simultâneas: a dimensão epistemológica, que diz respeito a uma reconstrução teórica nas áreas da saúde mental e da psiquiatria; a dimensão da assistência, que chama à invenção de novos dispositivos de cuidado; a dimensão político-jurídica, com a revisão da legislação civil, penal e sanitária, abrangendo e garantindo os direitos civis, sociais e humanos; e a dimensão cultural, que inclui um conjunto mais amplo de iniciativas para a transformação do imaginário social sobre a loucura.

É com a Lei Paulo Delgado (10.216) em 2001 (BRASIL, 2001) e com a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, finalmente, o Brasil rompe, pelo menos do ponto de vista legislativo, com o modelo manicomial. A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi um marco histórico no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ocorrida no mesmo ano da promulgação da Lei nº 10216, a III Conferência – intitulada “Cuidar sim, excluir não” (BRASIL, 2001) – reforçou, em suas deliberações, os ditames da referida lei que proíbe o asilamento de pessoas com transtornos mentais. O conceito ampliado de saúde, resultante desses processos, possibilitou a

entrada da questão do consumo de drogas e sua governabilidade para o campo da saúde pública.

Tanto a lei Paulo Delgado como a III Conferência Nacional de Saúde Mental são resultados do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização da psiquiatria, oficializada pela Lei nº 180 – promulgada em 13 de maio de 1978 – que prescreveu a extinção dos manicômios em todo o território nacional, a Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ter seu início datado no mesmo ano com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (BRASIL, 2005).

O documento da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas foi publicado no ano de 2004 (Brasil, 2004). A Lei nº 8080, a Lei nº 10.216 e o Relatório da III Conferência de Saúde Mental foram os documentos base para a estruturação da política, reafirmando a construção de uma rede de serviços extra-hospitalares com interfaces intersetoriais, conforme a orientação dos documentos citados. O compromisso da saúde é fazer proliferar a vida e fazê-la digna de ser vivida. O Ministério da Saúde deve formular políticas de saúde com outras áreas afins, assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer.

A política do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) aponta que a lógica da exclusão social e da ausência de cuidados com aqueles que sofrem de transtornos mentais – e que vem sendo revertida a partir da consolidação do SUS – também atinge as pessoas que usam álcool e outras drogas. Na ausência do estabelecimento de uma clara política para este segmento, surgiram, no Brasil, diversas alternativas de atenção que têm como característica o caráter total e fechado e como objetivo único a ser alcançado a abstinência. O uso abusivo de álcool e outras drogas, historicamente, tem sido abordado por uma ótica, predominantemente, médica e o tema vem sendo associado à criminalidade e às práticas antissociais, o que reforça a oferta de “tratamentos” inspirados em modelo de exclusão e tendo como principal objetivo a abstinência. Esses são os principais motivos apresentados para que a política reafirme as propostas aprovadas na III Conferência de Saúde Mental e reafirmadas na IV Conferência, realizada em 2010, colocando a lógica da redução de danos como diretriz a ser adotada neste âmbito.

Uma das consequências da não priorização por parte do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, segundo o próprio

documento da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas publicado em 2004 é o grande impacto econômico e social que tem recaído para o SUS, tanto por seus custos diretos como pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais para o problema. O mesmo também ocorre no que se refere à necessidade do resgate do usuário do ponto de vista de saúde, no investimento sobre a vida, uma que as estratégias de comunicação reforçam o senso comum de que todo usuário de droga é marginal e perigoso para a sociedade (BRASIL, 2004).

6.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS E O INCREMENTO DE NOVOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Um dos marcos da consolidação da Política de Saúde Mental no Brasil é a implementação em larga escala de CAPS, incluindo os CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), a partir de 2002 (BRASIL/MS, 2002). A portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (Brasil, 2004) regulamenta portaria GM/336 (que define as normas e diretrizes para a organização dos CAPS), criando, no âmbito do SUS, os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. Dentre os serviços de atenção, os CAPS-AD são apontados como o recurso extra-hospitalar de maior potencialidade para articular uma linha de cuidado para os usuários em seu território.

A política (BRASIL, 2004) indica que o trabalho nos CAPS-AD deve ser pensado a partir da lógica da Redução de Danos (como veremos logo a seguir), porque, em todo o mundo, ela vem apresentando resultados positivos. Os CAPS-AD devem oferecer atendimento à população, respeitando uma determinada área de abrangência, dispondo de atividades terapêuticas e preventivas de caráter comunitário, prestando atendimento diário aos usuários, de acordo com a lógica ampliada de Redução de Danos. Estes serviços se articulam com outros serviços assistenciais de diferentes níveis de complexidade: ambulatórios, leitos em hospital geral, hospital dia, rede de atenção básica da saúde, Programa de Saúde da Família, dentre outros.

Em teoria, os CAPS-AD ao se estabelecerem com as características de um serviço aberto e comunitário, orientado pela Redução de Danos, pode oferecer programas terapêuticos com um grau menor de exigência de modificações de estilo de vida e de manutenção de abstinência, abrangendo um maior número de pessoas em uma comunidade. Garcia, Leal e Abreu (2008) afirmam que com a efetivação dos CAPS, ocorre uma mudança no enfoque das campanhas de prevenção, não associando mais o uso de drogas à delinquência e à marginalidade e rompendo com as metas de abstinência.

A portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL/MS, 2002) estabelece que os CAPS-AD são serviços previstos para municípios com população superior a 70.000 habitantes. Sendo assim, a implementação desses serviços especializados fica circunscrita aos médios e grandes centros urbanos. Os municípios com menos de 70.000 habitantes e mais de 20.000 habitantes podem contar com os CAPS tipo I, que ficam responsabilizados pela demanda de saúde mental de sua área de abrangência, porém com equipe, consideravelmente, menor do que a prevista para os CAPS-AD. Os CAPS I contam com equipe mínima de 9 profissionais e os CAPS-AD com equipe mínima de 13 profissionais. Os CAPS-AD devem ter também de 2 a 4 leitos para desintoxicação, critério que não se aplica aos CAPS I, que, sendo assim, não estão equipados para este tipo de atendimento. De acordo com estes dados, é possível considerar que para os pequenos centros urbanos, o tratamento especializado fornecido pelo SUS é inexistente, possibilitando a existência de alternativas advindas de serviços privados.

O projeto de governo atual, além de conveniar comunidades terapêuticas, incrementou a rede de serviços públicos do SUS. Em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 121 (BRASIL/MS, 2012) que instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. As unidades funcionarão durante 24 horas por dia, sete dias por semana, tendo o CAPS como referência para elaboração de projeto terapêutico singular dos usuários. No documento, não há nenhuma menção sobre o tempo de permanência dos usuários nas unidades nem sobre a diretriz do tratamento, pois não há nenhuma menção à Redução de Danos. É possível fazer uma analogia dessas unidades com as comunidades terapêuticas, especialmente por ser um serviço de caráter residencial. Em face dessa portaria e do

conveniência de leitos em comunidades terapêuticas, a internação de usuários de drogas tem sido preconizada como recurso de tratamento na rede SUS. Este serviço está voltando para a manutenção da abstinência.

The infographic features a red header with a white arrow pointing left. Below the header, six service categories are listed: Consultório na Rua, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h, Enfermarias Especializadas, Unidades de Acolhimento Adulto, Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil, and Comunidades Terapêuticas. A central text block states: '✓ 430 Unidades de Acolhimento Adulto, em parceria com instituições e entidades sem fins lucrativos' and 'Acolhimento e apoio ao usuário para manutenção da estabilidade clínica e controle da abstinência'. Below this is a photograph of a community garden with yellow raised beds. At the bottom left, three healthcare professionals are shown. The word 'Cuidado' is written in large white letters on a red background at the bottom center. The Brazilian flag logo is in the bottom right corner.

Figura 4 – Manutenção da abstinência como objetivo das Unidades de Acolhimento Adulto, segundo o Plano "Crack, é possível vencer".

Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

A lei 10.216 (BRASIL, 2001) em seu artigo sexto, regulamenta as modalidades de internação psiquiátrica, sendo elas: voluntária, involuntária e compulsória (por ordem judicial). A portaria GM/2391 (BRASIL/MS, 2002) regulamenta o controle dessas internações e define os procedimentos de comunicação destas ao Ministério Público. Em seu artigo segundo, define que a internação psiquiátrica só deve ocorrer após as tentativas de utilização de outras modalidades terapêuticas e após esgotados todos os recursos extra-hospitalares, indicando que o período de internação deve ser o mais breve possível. As internações compulsórias determinadas por medida judicial não são objetos da portaria GM/2391. Com isso, apesar da mudança de orientação da política de saúde mental no Brasil, permanece ainda o resquício do asilamento, pois a brevidade das

internações compulsórias não está garantida, uma vez que elas não fazem parte do escopo da portaria GM/2391.

Portanto, temos uma rede Pós-Reforma Psiquiátrica composta por serviços territoriais, abertos e comunitário: os CAPS. Paralelamente, essa rede SUS foi sendo incrementada desde 2010, por serviços de internação de longa permanência. A rede proposta pelo Ministério da Saúde com a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2004) se transformou e se modificou com os serviços trazidos pela SENAD e pelo próprio MS em sua articulação com a SENAD. Uma nova rede, com outras perspectivas, que não, puramente, a da Redução de Danos como diretriz para o tratamento de usuários de drogas.

6.3 A REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA: UM OUTRO DISCURSO SOBRE O USO DE DROGAS

A Redução de Danos tem sua origem na Inglaterra com o Relatório Rolleston em 1926. Esse relatório estabeleceu o princípio que sustenta a prescrição legal de opiáceos para os dependentes dessa substância, entendendo este ato médico como tratamento e não como gratificação. Mas foi somente na década de 80 que ações baseadas nesse princípio foram sistematizadas em forma de programas. A Holanda foi a precursora, a partir da iniciativa de uma associação de usuários de drogas preocupada com a disseminação das hepatites entre usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2001).

No Brasil, a primeira tentativa de estabelecer uma ação de Redução de Danos com a troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis foi em 1989 na cidade de Santos no estado de São Paulo. No entanto, o secretário municipal de saúde na época, David Capistrano, e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofreram uma ação judicial por adotarem tal estratégia, sendo acusados de incentivarem o uso de drogas. A ação judicial que os gestores sofreram, de acordo com Passos e Souza (2011), pode ser entendida como um acontecimento político que evidencia a força conservadora que sustenta a política antidrogas e a força progressista que adotava a Redução de Danos como uma estratégia em defesa da vida e da democracia.

A Redução de Danos entrou no campo da saúde na década de 80 em sintonia com as práticas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, podendo ser compreendida como estratégia de saúde pública. Descendente de uma concepção pragmática, contribui com a noção de um possível a ser constituído no espaço entre o ideal e o real, é via de cidadania para as pessoas que usam drogas, modo de intervenção, forma de tratamento, tecnologia leve de cuidado, objetivo terapêutico (MAYER, 2010).

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como

[...] políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e suas comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (STRONACH, 2004, p. 31).

Embora práticas e políticas de redução de danos venham sendo implementadas há anos, foi o surgimento da epidemia de AIDS que convergiu as áreas médicas e de saúde pública a reagir a uma ameaça global de forma específica e pragmática. A abstinência sexual e a interrupção do uso de drogas injetáveis não eram cogitadas, por isso estratégias realistas e pragmáticas foram implementadas (STRONACH, 2004).

Como modo de intervenção, a Redução de Danos busca superar dicotomias falsas como abstinência e redução de danos. O foco da intervenção da Redução de Danos é um cuidado usuário-centrado, ou seja, investe no movimento da pessoa em relação a seu cuidado, entre o ideal e o possível, se colocando na construção de um possível.

Entre sujeito e objeto, prioriza-se a relação; entre igualdade e diversidade, convida à singularidade entre erradicar ou minimizar o uso, ocupa-se de acompanhar o processo de cada pessoa. É no entre das palavras que o cuidado pode fazer passagem: a pessoa que usa drogas pode transitar da posição de agonizar para se protagonizar (MAYER, 2010, p. 95).

Segundo Doneda (2009), dentre os tantos elementos, a Redução de Danos apresentou o usuário de drogas como protagonista das ações a ele endereçadas, contribuindo para uma outra conceituação da autonomia do usuário e seus significados diante da substância, do modo de uso e administração da droga, seus

determinantes culturais, econômicos e sociais. A Fundação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), em 1996, mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente e foi ao encontro da necessidade de uma maior autonomia por parte dos redutores de danos para gerir esse tipo de política (PASSOS; SOUZA, 2011).

Entretanto, de acordo com Doneda (2009), muitas ações e projetos de Redução de Danos ainda são vistos de forma negativa por correntes moralistas que alegam que tal abordagem não responde ao problema da dependência química ou, mesmo, conta com cientistas que de forma infundada e irresponsável alegam que a RD incentiva o uso de drogas. A consolidação da articulação entre o poder psiquiátrico e do direito penal pode ser entendida como uma das forças contrárias à implementação da RD no Brasil. O enfrentamento da RD também diz respeito às práticas não-discursivas que são as racionalidades que organizam, sistematicamente, as condutas das instituições disciplinares. Assim, a RD coloca em questão a criminalização e a patologização do usuário de drogas, uma vez que apresenta uma diversidade de possibilidades de uso de substâncias, sem estereotipar os usuários (PASSOS; SOUZA, 2011).

Conforme Santos, Soares e Campos (2010), desde as primeiras formulações no Brasil, a RD opõe-se à política de guerra às drogas, que centraliza ações e programas na esfera do consumo de drogas ilícitas, propondo medidas repressivas e punitivas direcionadas aos consumidores e, na melhor das hipóteses, incentivando tratamento nos serviços de saúde com vistas à abstinência.

A Redução de Danos, enquanto biopolítica, ao propor o tratamento em meio aberto, com metas de regulação do consumo, evitando que haja danos ao usuário de drogas, possibilita que estes sujeitos usuários de drogas sejam também sujeitos produtivos economicamente, inseridos no mercado. A Redução de Danos certamente é menos onerosa ao Estado, já que com menor frequência irá recorrer-se de serviços de alta-complexidade, como leitos hospitalares, e de insumos, como os psicofármacos, portanto é um mecanismo de normatização dos sujeitos. Neste caso, os sujeitos ao se produzirem autônomos, na manutenção de seu consumo de drogas, tornam-se cidadãos livres para um consumo “socialmente” aceito, mas que vai ao encontro de uma liberdade necessária para o jogo produtivo do mercado econômico.

Apesar das práticas consolidadas da RD, inclusive em âmbito internacional, e de todo o saber constituído por estas práticas, que deveriam pautar a política pública brasileira segundo as premissas da política de saúde da Reforma Psiquiátrica, a segurança entra no jogo (se é que em algum momento ela esteve fora dele) e a SENAD, a partir de 1998, toma conta da cena, recrutando atores para promover mudanças na política sobre drogas. SENAD e MS, em suas atribuições, trouxeram as comunidades terapêuticas para a rede SUS. Abaixo, temos a figura da rede de atendimento ao usuário e a família do plano “Crack é possível vencer” que visibiliza a nova estrutura de serviços pactuada pelo governo federal.

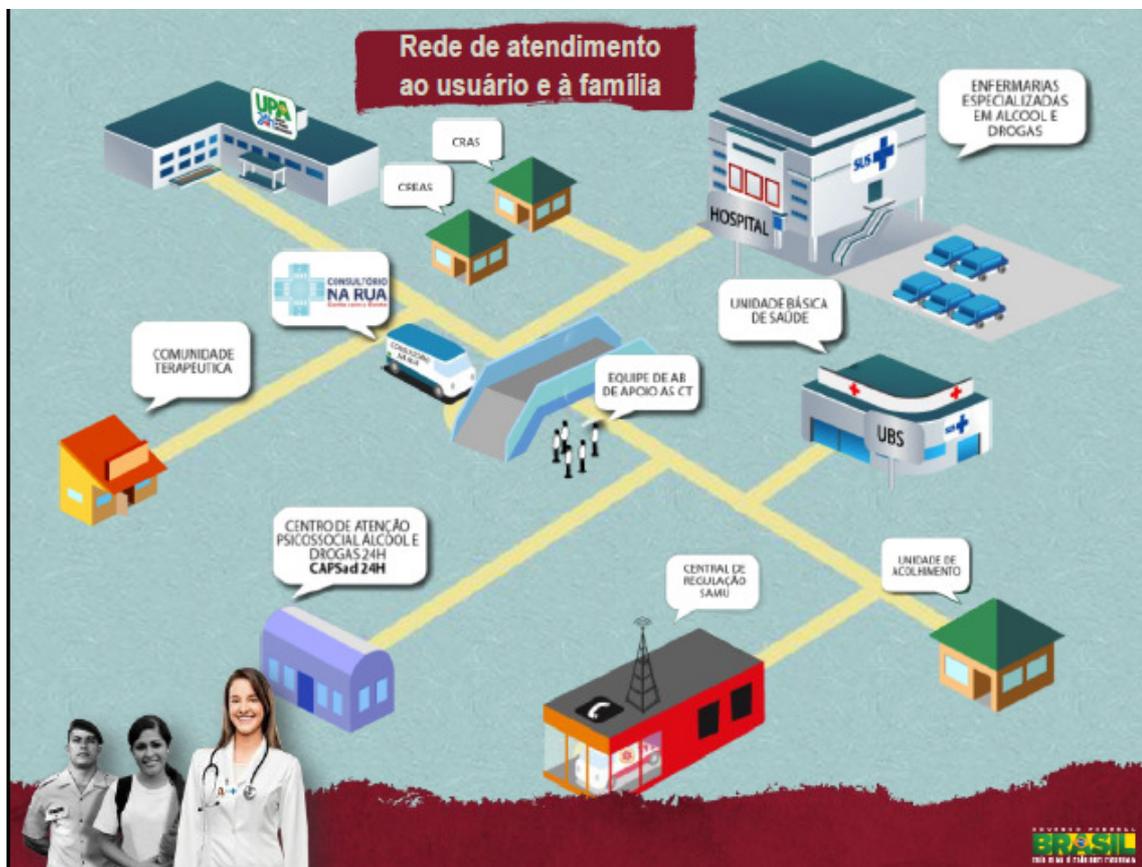


Figura 5 – Rede de atenção ao usuário de droga com a inserção das comunidades terapêuticas, segundo o Plano "Crack, é possível vencer".

Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

A próxima parte desta dissertação se dedica às comunidades terapêuticas. Iniciaremos com um breve histórico de sua constituição, bem como de sua modalidade de funcionamento, para entendermos, mais adiante, os efeitos de sua inserção na rede pública através do tratamento dos usuários de drogas nestas instituições.

PARTE II

7 CONDIÇÕES DE EXISTÊNCIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A modalidade de tratamento em comunidade terapêutica surgiu na Grã-Bretanha na década de 1940. Inicialmente, foi utilizada para atenção a pessoas com problemas psiquiátricos crônicos a partir da experiência com militares que haviam retornado da guerra com problemas, predominantemente, psicológicos, que eram tratados por psiquiatras em alas especiais de hospitais gerais. O objetivo era que os pacientes doentes pudessem conhecer melhor sobre seu diagnóstico através de uma aprendizagem social como processo de interação entre equipe médica e pacientes. Para isso, eram realizadas reuniões diárias com todo o grupo de pacientes internados e equipe responsável (JONES, 1972).

Muitas comunidades terapêuticas seguem o modelo de tratamento preconizado pelo Alcoólicos Anônimos (AA). O AA surgiu em 1935 nos Estados Unidos, fundada por Bill W. (corretor da bolsa de valores de Nova Iorque) e Dr. Bob (médico cirurgião), é uma organização composta, exclusivamente, por ex-bebedores. O método do AA está fundamentado em Doze Passos e Doze Tradições, que, embora inalteráveis, se prestam a reinterpretações. O programa é baseado na abstinência completa e o eixo básico do tratamento é o intercâmbio da experiência ética dos alcoolistas (MUSUMECI, 1994).

Apesar das inúmeras menções à Deus e ao Poder Superior, a Irmandade dos Alcoólicos Anônimos afirma que eles não estão ligados a nenhuma seita ou religião, conforme a Revista Vivência (2010). No entanto, muitas reuniões de grupos de AA acontecem nas dependências de instituições religiosas e confessionais de diversas ordens, assim como as comunidades terapêuticas de diversas orientações religiosas ou sem orientação religiosa alguma valem-se de tais prerrogativas na condução do tratamento dos usuários de drogas e na definição de seus projetos terapêuticos como veremos mais adiante. Poucas décadas após a fundação da organização, o AA já estava articulado com outras instituições.

Os alcoólicos chegavam em grande número a Akron para obter cuidados médicos no Hospital Saint Thomas, uma instituição administrada pela Igreja Católica. O Dr. Bob se integrou ao corpo médico desse hospital e ele e a irmã Ignatia, também do pessoal do hospital, prestaram cuidados médicos e indicaram o programa a cerca de 5.000 alcoólicos internados. Após a morte do Dr. Bob, em 1950, a irmã Ignatia seguiu trabalhando no Hospital da Caridade, em Cleveland, onde contava com a ajuda dos Grupos de AA locais e onde outros 10.000 alcoólicos internados encontraram Alcoólicos Anônimos pela primeira vez. Esse trabalho foi um grande exemplo de boa vontade, que permitiu comprovar que AA cooperava eficazmente com a medicina e a religião (ALCOOLICOS ANÔNIMOS, 2012).

Em 1953, um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação que faziam parte de um grupo de Alcoólicos Anônimos decidiu morar junto a fim de se manterem em abstinência e poderem ter um novo estilo de vida. Eles fundaram a Comunidade Terapêutica Synanom, na Califórnia (EUA). A partir desta iniciativa, foram surgindo outras comunidades terapêuticas que seguiam o mesmo modo de funcionamento da precursora Synanom. No Brasil, as comunidades terapêuticas estão vinculadas, principalmente, às igrejas evangélicas e católicas. Em 1968, na cidade de Goiânia, surge no Brasil a primeira Comunidade Terapêutica denominada Desafio Jovem, oriunda de um movimento religioso evangélico. Em 1978, na cidade de Campinas, foi fundada a Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rham, missionário americano (FRACASSO, 2008).

Segundo De Leon (*apud* RAUPP, 2008), a opção de tratamento nesses locais desenvolveu-se às margens das abordagens terapêuticas tradicionais, ainda que seja amplamente utilizada. De acordo com Sabino e Cazenave (2005), existem, atualmente, três modelos de tratamento sob a forma de internação. Para os autores, os modelos são os seguintes: internação hospitalar de curta duração; clínicas especializadas e/ou particulares que atendem pessoas com alto poder aquisitivo e que têm tratamento de média ou longa duração; e as comunidades terapêuticas que apresentam maior flexibilidade com o intuito de adaptar-se a diversas culturas e níveis sociais. Essas últimas têm três linhas de atuação: espiritual (trabalhando com religiosidade e apoio de egressos da CT); científica (equipe multiprofissional) e mista (que une as duas modalidades citadas anteriormente).

De acordo com o Glossário de álcool e drogas da SENAD (2010), as comunidades terapêuticas são caracterizadas por um ambiente estruturado onde os indivíduos com transtornos por uso de substância psicoativa residem para alcançar a

reabilitação e são, em geral, isolados geograficamente. Elas possuem um modelo residencial: uma vez internado, o “residente” deverá comprometer-se com o programa de tratamento da instituição escolhida. Os tratamentos podem durar seis, nove ou 12 meses, a critério da própria comunidade terapêutica. Os residentes são mantidos em atividades durante o transcorrer do dia, que podem variar entre atividades laborais, terapêuticas e religiosas. As famílias podem realizar visitas à comunidade terapêutica, geralmente, uma vez por mês, em data definida pelo local. Muitas delas exigem que a pessoa que deseja visitar o familiar internado esteja participando de algum grupo como o Amor Exigente², pedindo comprovação da participação neste grupo para que a visita seja autorizada (CFP, 2011).

As comunidades terapêuticas pretendem promover mudanças no comportamento dos indivíduos e favorecer sua reinserção na sociedade. Para que isso aconteça, novos valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade são criados. As comunidades terapêuticas possuem um modelo residencial e seu funcionamento está pautado na premissa de que, diante da impossibilidade de promover mudanças no indivíduo dependente químico, é necessário alterar o meio onde ele vive e retirá-lo da situação em que se dá o consumo de drogas. O processo terapêutico preconiza intervenções individuais e sociais com atribuição de funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente químico, em um ambiente livre de substâncias psicoativas segundo Sabino e Cazenave (2005). A partir de tal descrição das comunidades terapêuticas, pode-se relacionar esse modelo com o manicômio, onde a exclusão dos loucos parecia estar justificada pela necessidade de um local “protegido”, com regramentos de horário na rotina dos asilados, que por séculos foram justificados pelas ciências como possibilidade única para os portadores de transtornos mentais.

Segundo Raupp (2008), o modelo moral que embasa o tratamento na comunidade terapêutica dificulta o desenvolvimento das singularidades e potencialidades dos internos, o que dificulta o alcance de uma recuperação duradoura, apesar da CT proporcionar continência e segurança. Na CT pesquisada pela autora, não havia distinção entre uso, abuso e dependência de substâncias

² É caracterizado como uma proposta de qualidade de vida para familiares de usuários de álcool e/ou drogas, orientada por doze princípios, trazida dos EUA pelo Padre Haroldo Rham (MENEZES, 2010).

psicoativas, sendo o mesmo programa terapêutico aplicado a todos os residentes da instituição. Nesse programa, também não havia espaços terapêuticos individuais.

No que diz respeito à religião, Raupp (2008) aponta que a moral cristã imposta como cerne do tratamento configura-se como doutrinação, uma vez que a questão religiosa não é uma resposta adequada às necessidades dos residentes na instituição. Tal imposição acaba limitando o desenvolvimento de recursos para que outras opções de vida possam ser feitas para além da questão religiosa. O estilo de vida preconizado pela CT fornece modelos muito rígidos para as características do mundo contemporâneo.

7.1 O CONVENIAMENTO COM O SUS

Conforme o Ministério da Saúde (2004), a falta de uma política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas foi um dos fatores que possibilitou no Brasil o fortalecimento de serviços autodenominados 'comunidades terapêuticas'. Estes serviços se multiplicaram sem qualquer regulamentação e fiscalização, o que permitiu que muitos deles tivessem um funcionamento precário. O Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), para solucionar o problema, estabeleceu um padrão básico para o funcionamento dessas instituições, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários. Para tanto, a ANVISA constituiu, em 2001, o "Regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas", a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 101 de 30 de maio de 2001, segundo modelo psicossocial, também denominados comunidades terapêuticas. Esse regulamento foi criado pela necessidade de uma normatização das comunidades terapêuticas já existentes e para que estas instituições pudessem obter o licenciamento sanitário para seu funcionamento, mas, ainda assim, as comunidades terapêuticas não são serviços de saúde, pois não possuem Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde³ (CNES).

³ O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pela Portaria nº 376 do Ministério da Saúde, de 03 de outubro de 2000. O documento permaneceu em consulta pública até

De acordo com Machado e Miranda (2007), a demanda de financiamento por parte das comunidades terapêuticas se intensificou a partir dos primeiros anos do século XXI. A RDC 101 efetivou a entrada do poder público nessas instituições e foi apoiada pelas federações de comunidades terapêuticas. Já essas, em si, ofereceram resistência ao estabelecimento das normas mínimas de funcionamento estabelecidas pela ANVISA. “As vistorias e inspeções realizadas passaram a dar mais visibilidade à atenção prestada nesses espaços, tornando-os mais vulneráveis a interpelações públicas” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 815).

Este processo de normatização favoreceu a organização das comunidades terapêuticas em prol de financiamento estatal, reforçando a histórica tendência de manutenção da atenção ao usuário de droga fora da esfera pública. Com a organização dessas instituições e seu vínculo com instituições religiosas diversas, as comunidades terapêuticas conseguiram exercer pressão política junto ao Estado com a pretensão de estabelecerem-se como modelo de tratamento. Assim, elas aproximaram-se da SENAD e também da área científica através da similaridade dos serviços universitários que prestavam atendimentos para usuários de drogas e realizavam pesquisas científicas nessa área: articulação ideológica entre comunidade terapêutica e “academia” (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Como já foi apontado anteriormente, diversos setores da sociedade se manifestaram contrariamente a inserção das comunidades terapêuticas na rede pública de saúde. O Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, o Conselho Federal de Psicologia, a Frente Nacional pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, entre outros, empenharam-se no tencionamento das medidas governamentais que trouxeram estas instituições para o âmbito público. Esse tencionamento segue, não só no que concerne às comunidades terapêuticas, mas também em relação às práticas de internação compulsória que vêm sendo realizadas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

dezembro de 2000. Com a incorporação das sugestões recebidas dos gestores do SUS e da sociedade em geral, editou-se em 29/12/2000 a Portaria nº 511/2000 que passa a normatizar o processo de cadastramento em todo o território nacional. O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares.



Figura 6 – Estabelecimento da relação entre o Estado e as comunidades terapêuticas do Plano “Crack, é possível vencer”.

Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

Se, por um lado, o conveniamento das comunidades terapêuticas gerou descontentamento àqueles que são militantes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, por outro, a entrada do poder público nessas instituições possibilitou uma regulamentação, antes inexistente. As comunidades terapêuticas, invisibilizadas por não fazerem parte da composição de uma rede pública de serviços de cuidados, constituíram-se a parte das normativas legislativas, estando arraigadas, mais especificamente, às instituições profissionais, funcionando em outra lógica. Se seu conveniamento tem sido apontado como um retrocesso aos avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica, é somente com a entrada das comunidades terapêuticas na rede pública que se pode problematizar sua condição de existência do ponto de vista da política pública. Se essas instituições ‘surgiram’ com tanta força, podemos pensar que é porque elas sempre estiveram “aí”, e já haviam se legitimado como recurso para o tratamento de usuários de drogas, mas não eram visibilizadas e ainda não haviam sido tocadas pelos tentáculos da hegemonia do SUS.

Com o Decreto 7179 de 20 de maio de 2010 (Brasil, 2010), foi estabelecido o conveniamento de comunidades terapêuticas através do financiamento público. A partir de 2011, o incentivo ao conveniamento só veio a crescer. O orçamento estatal para comunidades terapêuticas foi incrementado – não só do ponto de vista dos leitos credenciados, mas também para a formação de profissionais e lideranças religiosas que atuam junto a estas instituições – e politicamente, o problema-crack tornou-se prioridade governamental. Diante desse novo paradigma de rede de serviços públicos para o cuidado de usuários de drogas, discutiremos, a partir dos estudos de Foucault sobre disciplina, biopolítica e biopoder, como essas comunidades terapêuticas operam o jogo da governamentalidade da política pública de drogas e do investimento do Estado sobre os usuários de drogas.



Figura 7 – Valor do investimento governamental para a questão das drogas.

Fonte: (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2013).

8 A PSIQUIATRIA, A DISCIPLINA E A BIOPOLÍTICA

Segundo o Ministério da Saúde (2004), as práticas de cuidado em saúde dirigidas aos usuários de drogas, historicamente, oscilaram entre os cuidados de caráter religioso ou de cunho psiquiátrico, com orientação para a abstinência. Os tratamentos baseados no controle, no disciplinamento e no encarceramento mostram que beneficiam apenas 30% da clientela. No campo da saúde mental, muitos avanços já foram consolidados na orientação das práticas de tratamento da loucura, porém sujeitos que sofrem com o uso abusivo de drogas ainda continuam sendo submetidos a práticas manicomiais, sendo que os serviços designados para o cuidado desta população são, muitas vezes, privados, do terceiro setor e/ou religiosos (PASSOS; SOUZA, 2011).

A psiquiatria, em sua constituição no final do século XVIII e início do século XIX, e em sua até meados do século XIX, funcionou como um ramo especializado da higiene pública e não como um saber especializado da medicina. Assim, a psiquiatria se institucionalizou como higiene de todo o corpo social.

Em linhas gerais, a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para se evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura (FOUCAULT, 2010a, p. 101).

Com isso, a psiquiatria, então, pode funcionar como ciência médica relacionada à higiene pública. Quando a psiquiatria passa a funcionar como saber e poder dentro do domínio da higiene pública da proteção da sociedade, ela passa a detectar o “[...] segredo dos crimes que podem habitar toda a loucura” (FOUCAULT, 2010a, p. 102) e, também, procurar o núcleo de loucura daqueles indivíduos que podem ser perigosos para a sociedade.

A psiquiatria, dentro ou fora do manicômio, funciona equacionando a vinculação de todo o diagnóstico de loucura à eminência de um perigo. Assim, ela se justifica como uma intervenção autoritária na sociedade, apoiada em um saber científico, funcionando como poder e ciência da higiene pública, pois demonstra ser capaz de perceber perigos onde ninguém ainda pode ver e se pode percebê-lo, é

por que se sustenta em um saber médico. Então, o poder psiquiátrico desloca-se, deixando de inferir sobre o pensamento doente, sobre a capacidade de compreensão do doente, sobre o querer consciente do doente, para investir sobre o que o doente faz, o que ele é capaz de cometer, o que pode acontecer de involuntário em seu comportamento. Para que a psiquiatria pudesse se constituir e instaurar-se como poder e saber de proteção social, o primeiro interesse de seu investimento se deu pela loucura que mata (FOUCAULT, 2010a).

As pequenas irregularidades de conduta, que não pertencem, especificamente, à loucura, puderam ser trazidas para o domínio da psiquiatria através do aparecimento da noção de instinto. É com essa noção que poderá se organizar a problemática do anormal na esfera das condutas cotidianas. A função do instinto dentro do jogo de saber-poder é a capacidade de transformar, do ponto de vista da ciência, a ausência de razão de um ato em um mecanismo patológico positivo. No lugar do antigo domínio do delírio e da demência, o instinto é que passa a ocupar um lugar central na psiquiatria. Com essa noção, foi possível reinscrever a psiquiatria em um âmbito da problemática biológica. Nos últimos anos do século XIX, a psiquiatria apresenta-se emoldurada em duas tecnologias: a tecnologia eugênica, com a questão da hereditariedade e da correção do sistema instintivo dos homens através da purificação da raça, e a tecnologia da psicanálise, com a normalização da economia dos instintos (FOUCAULT, 2010a).

O uso de drogas pode ser entendido sob a luz da ausência do controle dos instintos e da ausência de razão. Assim, podemos então dizer que aquele que usa drogas perde o controle de si mesmo e age movido por seus instintos, podendo colocar outras pessoas em risco, além de si mesmo. Com base nesse entendimento, o usuário de drogas pode ser tomado como objeto de intervenção da psiquiatria, devendo ser normalizado. A normalização do usuário de drogas tem se apresentado, especialmente, pela disseminação das instituições denominadas comunidades terapêuticas, que se propõem a produzir sujeitos abstêmios das substâncias psicoativas.

A psiquiatria intervém de forma justaposta em relação a instâncias de controle como a família e a casa de correção e insinua-se entre esses diferentes mecanismos disciplinares. O que se torna alvo de sua intervenção é o campo disciplinar – definido pela família, pela escola (entre outros) – e, portanto, reitera, atravessa e patologiza esses restos de instâncias disciplinares (FOUCAULT, 2010a).

Nesse entendimento, os usuários de drogas parecem estar tomados por essa operação da psiquiatria. Diante do uso de substâncias psicoativas, o sujeito usuário de drogas coloca seus instintos a mercê da influência de substâncias desconhecidas que produzem reações condenáveis pela sociedade. A falta do uso, para aqueles que são considerados dependentes químicos, também pode desencadear instintos que colocam a sociedade e a própria família do usuário em risco: roubar, seja de estranhos ou de sua própria casa, para conseguir comprar Atos esses que são justificados pelos ‘maus’ instintos provocados pelo uso de drogas. É a falta de controle desses instintos e o perigo que tais oferecem à sociedade e ao ‘bom’ funcionamento familiar que sustentam a defesa da necessidade de instituições com funcionamento residencial, de caráter fechado, como as comunidades terapêuticas, existirem atualmente na rede de saúde pública.

Conforme Valderrutén (2008), assim como os manicômios e as prisões, as comunidades terapêuticas como instituições totais modernas giram em torno de sistemas tutelares de cura social para os chamados “drogaditos” (VALDERRUTÉN, 2008). Para isso, se servem de um trabalho conjunto entre residentes, famílias e equipe. A equipe é composta também por ex-residentes “adictos recuperados” das próprias comunidades, que ocupam a função de líderes e que coordenam as atividades cotidianas do tratamento e de continência espacial e emocional dos residentes em tratamento.

Os espaços fechados de tratamento para pessoas com problemas com o uso de drogas como as comunidades terapêuticas podem ser consideradas como espaços onde se estabelecem relações de dominação daquele que exerce um poder dito terapêutico sobre um sujeito desprovido de seus direitos, “[...] abandonado à arbitrariedade institucional” (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012, p.73). As ações de desinstitucionalização decorrentes da Reforma Psiquiátrica são direcionadas para este tipo de situação. A institucionalização é o artifício para a anulação da subjetividade dos sujeitos, tornando-os meros objetos. Por isso, as críticas feitas aos hospitais psiquiátricos se estendem à instituições como as comunidades terapêuticas (dentre outras) que nasceram à sombra da racionalidade manicomial, pois entendem saúde pela simplificação unicausal e institucionalizam o sujeito (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

As estratégias terapêuticas para o tratamento de usuários de drogas durante muito tempo e, ainda hoje, são pensadas em torno da desintoxicação, pois acredita-

se que rompendo de modo brusco o uso através da internação ou da privação de liberdade é possível resolver o problema. Lancetti (2006) observou a experiência de jovens que passaram nove meses em fazendas terapêuticas, onde era desenvolvido o chamado método dos doze passos dos alcoólicos anônimos que consiste em criar um sistema de profundização da abstinência e de reconhecimento da fraqueza por parte de quem depende de alguma substância psicoativa. O autor afirma que após a saída da internação, no contato com a vida comum, eles acabam usando drogas novamente, mostrando que o resultado do tratamento é algo muito efêmero.

Segundo Siqueira (2010), existem três espaços destinados aos usuários de drogas, que são: cadeia, igreja e hospitais psiquiátricos. Lugares escolhidos a fim de desempenharem a função de 'controle da sociedade' por meio de leis que estão pautadas nos princípios morais. Assim, há uma produção de sujeitos com identidades padronizadas em que a singularidade e as diferenças não são respeitadas. Esses espaços oferecem a garantia de manutenção da invisibilidade dessas diferenças.

As comunidades terapêuticas, em sua estrutura e funcionamento, organizam-se e articulam-se como cadeia, igreja e hospital psiquiátrico. As comunidades terapêuticas não podem ser caracterizadas unicamente nem como cadeia, nem como igreja, nem como hospital psiquiátrico, mas, justamente, é na articulação do funcionamento destas três instituições que elas encontram sua especificidade – que mais se aproxima dessas três instituições do que dos serviços de saúde da rede do SUS. Na cadeia, temos, principalmente, o caráter fechado, a impossibilidade do indivíduo preso circular na cidade, além do sentido de que o encarceramento é uma medida necessária para aquele que comete um crime. No caso dos usuários de drogas, seu crime (que, nesse caso, é moral) foi justamente o uso de substâncias ilícitas, que, portanto, será combatido com o encarceramento em um local para o tratamento da drogadição, a fim de devolver para a sociedade, um indivíduo abstêmio que consiga se inserir, adequadamente, à lógica produção-consumo do neoliberalismo. O método utilizado para produzir este indivíduo abstêmio se dá, principalmente, pela questão religiosa. É neste ponto que vemos como a comunidade terapêutica toma características de instituição religiosa. É comum, como discutiremos mais adiante, que a 'espiritualidade' seja colocada como um dos pilares para o tratamento nas comunidades terapêuticas. Atividades que envolvem a leitura da bíblia e a prática de orações são corriqueiras nessas

instituições. Além disso, o caráter confessional incute a responsabilização individual dos sujeitos e, através da intervenção religiosa sobre o corpo e alma, produzem o sujeito abstêmio.

A construção de políticas de saúde para usuários de drogas centradas no hospital psiquiátrico demarca a interferência significativa do Direito Penal sobre os procedimentos clínicos, assim como a aproximação entre práticas jurídicas e práticas médicas. É dentro deste jogo de poder que o usuário de drogas se vê ora perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria, ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício. Esse conjunto institucional, de acordo com Foucault (2010a), está voltado para o indivíduo que não é nem exatamente doente nem propriamente criminoso, mas sim para o indivíduo, eventualmente, perigoso, nesse caso, os usuários de drogas. Porém, atualmente, não é só dentro das prisões e dos hospícios que os usuários de drogas estão confinados. As Comunidades Terapêuticas e Fazendas Terapêuticas trazem, além da disciplina, outro elemento que a complementa: a moral religiosa (PASSOS; SOUZA, 2011).

A justiça, a psiquiatria e a moral cristã compõem uma rede de instituições que tem como objetivo comum e único a abstinência, ou seja, a conformação de sujeitos que não tenham problema com o uso de drogas. Sujeitos esses que possam estar inseridos social e economicamente, fazendo 'girar a roda' de produção e consumo de nossa sociedade. A moral religiosa associa o prazer ao mal – associa o prazer da carne ao uso de drogas, que, historicamente, é objeto de intervenção do poder pastoral, que, atualmente, se alia ao poder disciplinar. A problematização moral do uso de drogas assenta-se sobre um conjunto de regras morais cristã, que situou o prazer sob o signo do mal e da morte (PASSOS; SOUZA, 2011).

As comunidades terapêuticas em sua natureza social que segue a lógica do internamento são uma das tantas formas históricas contemporâneas do jogo de exclusão dos seres humanos, em que eclodem rituais de segregação e purificação por meio das práticas terapêuticas e dos discursos morais. As comunidades terapêuticas possuem um "híbrido" de concepções morais e éticas, conjugando "velhas" e "novas" visões e valores acerca do indivíduo e da sociedade. (VALDERRUTÉN, 2008).

8.1 O TRATAMENTO ATRAVÉS DO ISOLAMENTO

As comunidades terapêuticas, por serem instituições fechadas, designadas a dispensar tratamento para usuários através da segregação social, com normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos, remetem à memória antigas instituições. Essas, presentes no mundo ocidental desde a Idade Média, parecem reeditar-se em instituições que, ainda hoje, estão presentes nas diversas sociedades. As comunidades terapêuticas, assim, apresentam-se como reedição deste modelo, agora sob a justificativa da dependência química como a doença que deve ser tratada através do isolamento. As práticas destas instituições, desde a Idade Média, constituíram modos de tratamento e sujeitos, que alicerçou saberes que a Reforma Psiquiátrica desconstruiu, mas que ainda encontram condição de existência por estarem arraigados aos saberes de disciplinas como a medicina, a psicologia, o direito, por produzirem sujeitos economicamente ativos e que se tornam práticas de governamentalidade através de políticas públicas.

Nas primeiras páginas do livro *História da Loucura*, Foucault (1999) faz um grande apanhado histórico a respeito da lepra na Europa no final da Idade Média. A partir desse período, a lepra começa a desaparecer, muito mais em função das práticas segregadoras do que de intervenções obscuras da medicina. Com o fim da epidemia da lepra, os leprosários que serviram de grandes depósitos dos doentes, ficam sem utilidade. O que permanece, apesar dos leprosários encontrarem-se vazios, é o sentido de exclusão deste personagem do leproso. O leproso é excluído da sociedade, mas sua existência é relacionada à uma manifestação de Deus. É através dessa exclusão que o leproso obterá sua salvação. O leproso está excluído da Igreja, porém não está excluído das graças de Deus (FOUCAULT, 1999).

A exclusão da lepra comportava uma rigorosa divisão que não permitia o contato entre um indivíduo leproso com os demais indivíduos e que o colocava fora dos muros da cidade e fora dos limites da comunidade. Esses indivíduos excluídos eram desqualificados jurídica e politicamente. A exclusão dos leprosos era acompanhada de uma cerimônia fúnebre, eles eram declarados mortos e, nesse momento, seus bens passavam a ser transmissíveis a outros proprietários (FOUCAULT, 2010a).

Contudo, apesar do desaparecimento da lepra, essas estruturas segregadoras permanecerão e, nos antigos leprosários, os jogos de exclusão serão reeditados com os pobres, os vagabundos, os presidiários, os alienados. Esses são os personagens que estarão colocados no lugar que antes era ocupado pelo leproso e, novamente, essa exclusão pretende uma salvação – tanto para os excluídos como para aqueles que excluem. Em uma cultura diferente, com um novo sentido, este modelo de exclusão subsistirá sob a forma de exclusão social, todavia de reintegração espiritual (FOUCAULT, 1999).

O modelo de tratamento dos leprosários conforma uma lógica de segregação dos doentes ainda presente no contemporâneo. Mesmo dentro de um modelo de tratamento aberto, na área da saúde mental, por exemplo, encontramos práticas distintas para pessoas com este ou aquele diagnóstico. Grupos terapêuticos para pessoas com uma patologia específica são comuns, mesmo em serviços que se configuraram após a Reforma Psiquiátrica. Temos uma “ordem” estabelecida de tratar o diagnóstico e não o sujeito em sua singularidade transcendendo esta racionalidade medicalizada. A prática segregadora dos leprosários é uma das instâncias que colaborou para a produção do cuidado sob a forma do internamento e para a produção de sujeitos objetivados por este modelo.

A maneira como o poder se exercia sobre os leprosos, os loucos, os desviantes, durante a Idade Média dava-se como práticas de exclusão, rejeição e marginalização. Esse modelo acabou desaparecendo, mas foi reativado através do modelo da inclusão do pestífero. A cidade em estado de peste era esquadrinhada e sob ela se exercia um poder contínuo em seu exercício. Os doentes eram individualizados. "Individualização, por conseguinte divisão e subdivisão do poder, que chega a atingir o grão mais fino da individualidade" (FOUCAULT, 2010a, p. 40). A peste implica a aproximação sutil do poder aos indivíduos. Trata-se da tentativa de maximizar a saúde, a vida, a longevidade dos indivíduos, a fim de produzir uma população sadia (FOUCAULT, 2010a).

O momento do desencadeamento da peste, segundo Foucault (2010a), é o momento em que toda a regularidade é suspensa na cidade. Neste momento, o poder político se exerce, plenamente, sob a população, passando por cima da lei e por cima dos corpos, estendendo-se através do policiamento exaustivo da população, que em suas ramificações, atingem o grão dos indivíduos.

De acordo com Foucault (2010a), a substituição do modelo da lepra pelo modelo da peste é decorrente de um importante processo histórico: a invenção das tecnologias positivas de poder. Na reação à peste, acontece uma reação que é positiva, de inclusão, de formação de saber, de multiplicação dos efeitos de poder por haver acúmulo de observação e de saber. É um poder que fabrica, que observa, que sabe e que se multiplica a partir de seus próprios efeitos, é um investimento biopolítico. Já na reação à lepra, a medida é de esquadramento e isolamento dos corpos em instituições designadas a controlar a vida destes sujeitos, de caráter disciplinar.

As comunidades terapêuticas seriam dispositivos de intervenção tutelar para o usuário de drogas em recuperação, que, diferentemente do leproso, do louco, do vagabundo do mundo clássico e de meados do século XVIII, não é somente objeto de exclusão moral assistencial – visando mudanças de ordem espiritual –, pois entra em jogo, dentro dos instrumentos de cura, o dispositivo político desenvolvido por Foucault: a disciplina (VALDERRUTÉN, 2008).

Segundo Foucault (2009), a disciplina é uma técnica elaborada desde o século XVII (mas existe desde os primeiros cristãos, através das práticas ascéticas que conduzem à salvação) e atinge o século XIX com maior domínio de controle das multiplicidades de relações que o homem estabelece com o espaço. O saber médico é convocado para produzir e manter corpos saudáveis e, sendo assim, sofre transformações e se produz no espaço esquadramento do hospital, que é operado através do isolamento de cada indivíduo a fim de prescrever-lhe, observá-lo, conhecê-lo e curá-lo.

A mecânica dos aparelhos disciplinares produzem efeitos de normalização nos indivíduos. A norma não pretende excluir e rejeitar, pois ela está ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação. O século XVIII instituiu, com as disciplinas e a normalização, um poder que só pode funcionar diante da formação de um saber que só se produz porque é tanto um efeito como uma condição para seu exercício (FOUCAULT, 2010a).

As políticas públicas tomam a doença como algo em si, já que se esquadram os espaços e os corpos na tentativa de descobrir as doenças no corpo, controlá-las e curá-las a partir do exercício do isolamento. Os argumentos que sustentam essa prática estão centrados no modelo biológico, na mesma linha em que saúde é considerada como ausência de doença e onde encontram-se

intrínsecos os ideais da ciência moderna, que tomam os fenômenos como algo em si, separando-os do seu meio. Segundo Foucault (2009, p. 139),

Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico.

Durante a segunda metade do século XVIII, surge uma nova tecnologia de poder que não exclui o poder disciplinar, mas que, justamente, se instala a partir dele, modificando-o parcialmente. Essa segunda tecnologia de poder, essa biopolítica, tem agora como alvo não o corpo individualizado – porém só se efetiva porque, anteriormente, houve a disciplinarização dos corpos – mas a multiplicidade dos homens na medida em que eles formam uma massa global que se afeta por processos de conjunto (nascimento, doença, morte) que são próprios da vida. A biopolítica, junto à disciplina, é a tecnologia que sustenta o biopoder (FOUCAULT, 2005).

As políticas sobre drogas que têm a abstinência como objetivo no tratamento são tomadas pela lógica do biopoder. O biopoder pode ser entendido como uma tecnologia que se dirige à multiplicidade dos homens, configurando uma massa global afetada por processos conjuntos da vida. É uma tecnologia que se dirige à vida do homem como um ser vivo (FOUCAULT, 1999).

Nas tecnologias disciplinares, o foco é o corpo individual de cada sujeito em que se produz efeitos subjetivos individualizantes. Nas tecnologias de regulamentação, ou seja, no exercício do biopoder, o alvo é a própria vida. Através do controle da população por parte do Estado, controla-se a relação dos perigos internos à própria sociedade (SCISLESKI; GUARESCHI, 2010).

Com isso, a medicina desempenha o papel de manter a higiene pública. Assim, surgem organismos de coordenação dos tratamentos médicos, centralização de informações e de normalização do saber, assumindo também o aspecto de medicalização da população. Os acidentes, as enfermidades e as anomalias diversas são fenômenos que serão alvo de intervenção não somente por instituições de assistência, mas também por mecanismos mais sutis. Os fenômenos que se tornam pertinentes para intervenção da tecnologia do biopoder são aqueles que

adquirem o status de fenômeno de nível de massa: fenômenos coletivos que só aparecem com efeitos econômicos e políticos (FOUCAULT, 2005).

O biopoder se mostra como poder sobre a vida, considerando as políticas da vida biológica e como poder sobre a morte, através do racismo do Estado. Desta forma, trata-se da estatização da vida. O biopoder foi um elemento fundamental para o desenvolvimento do capitalismo na medida em que serviu para assegurar a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e para que os fenômenos populacionais estivessem ajustados aos processos econômicos. Para Foucault, essa forma do poder que é, ao mesmo tempo, individualizante e totalizante é a característica fundamental do poder moderno (CASTRO, 2009).

O racismo a que Foucault (2005) refere-se não diz respeito ao ódio entre as raças ou uma operação ideológica cujas hostilidades seriam dirigidas a um adversário. O racismo a que o autor refere-se está ligado a tecnologia do poder, está ligado a um mecanismo que permite o exercício do biopoder. O racismo está relacionado ao funcionamento do Estado que é obrigado a utilizar a raça, sua eliminação e purificação, para que ele possa exercer seu poder soberano, que é o poder de fazer morrer. Portanto, o racismo assegura a função de morte na economia do biopoder, seguindo o princípio de que, mediante a morte do outro, fica garantido o fortalecimento biológico da raça da própria pessoa.

A população é a finalidade e o instrumento do governo. Os interesses individuais e os interesses gerais da população constituem o instrumento fundamental do governo. O objetivo do governo é, portanto, melhorar a saúde da população, sua duração de vida, aumentar sua riqueza. Para que isso se efetive, o governo utiliza campanhas que agem diretamente sobre a população e usa técnicas que agem, indiretamente, sobre ela (FOUCAULT, 1978).

Foucault utiliza o termo governamentalidade para se referir ao objeto de estudo das maneiras de governar, ou seja, de conduzir condutas. De acordo com Foucault (1978), a ideia de governamentalidade pode ser assim entendida: primeiramente, por um domínio composto pelo conjunto das instituições, procedimentos, análises, cálculos, táticas que permitem essa forma de exercício de poder sobre a população, tendo como forma central de saber a economia política e como instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança, ou seja, a biopolítica. O estudo das formas de governamentalidade implica a análise de formas de racionalidade, de procedimentos técnicos, de formas de instrumentalização. Pode

ser definida também pela tendência ocidental em que foi preeminente este tipo de poder chamado governo, que se exerce sobre os outros (soberania, disciplina) e que levou ao desenvolvimento de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes. As sociedades modernas não são sociedades apenas de disciplinarização, mas também de normalização dos indivíduos e das populações. E, ainda, é o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou, nos séculos XV e XVI, Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado.

A governamentalidade que é encontrada na obra de Foucault concerne ao encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si. Assim, neste sentido, o estudo da governamentalidade não pode deixar de lado a relação do sujeito consigo mesmo e com outros (CASTRO, 2009).

Essas estratégias engendram a biopolítica que governa o modo de pensar a saúde da população. As políticas públicas de saúde e de segurança desenham modos de viver, prescrevem práticas e conduzem a condutas no que diz respeito ao uso de drogas e ao tratamento daqueles que são considerados doentes ou dependentes químicos. A biopolítica pela segurança apresenta-se como estratégia atrelada ao poder disciplinar, colocando o usuário ora como um criminoso que deve ser punido ora como um doente que deve ser tratado dentro de uma perspectiva que encontra materialidade no regramento das comunidades terapêuticas. As políticas públicas de saúde, como uma biopolítica – pelo âmbito da legislação, estratégias de segurança e técnicas disciplinares, estabelecem a governamentalidade do usuário de drogas.

A partir do exposto acima, podemos entender do ponto de vista dos ensinamentos de Foucault, as atuais medidas governamentais para o tratamento de usuários de drogas como um exercício de biopoder. Diante do aumento da população usuária de drogas, do uso de drogas como um problema social apontado como produtor de violência nas cidades, do uso de drogas como impossibilidade de inserção na lógica de produção-consumo imposta pela sociedade, o consumo de drogas – especificamente o crack – foi tomado como ameaça à ordem social e econômica e como fenômeno coletivo, passou a ser alvo de investimento estatal. O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e a campanha “Crack é possível vencer” se apresentam, então, como um investimento de biopoder sobre a população usuária de crack para que essa seja potencializada como vida produtiva. Esse

investimento materializa-se como inserção das comunidades terapêuticas na rede pública de saúde.

Sob esse entendimento, então, as comunidades terapêuticas se inserem como estratégia disciplinar e biopolítica através de um isolamento, que, ao mesmo tempo que produz a segregação dos sujeitos usuários de drogas, produz também uma conformação deles de modo que retornem ao seu andar da vida devidamente curados da necessidade de consumir drogas para que possam estabelecer outras relações de consumo, atravessadas pela lógica neoliberal.

A fim de visibilizar como se constitui a governamentalidade dos usuários de drogas, apresentaremos quatro projetos de comunidades terapêuticas que demonstram como estas instituições estruturam-se e regem o tratamento de seus residentes. Esses projetos veiculam os saberes que sustentam as práticas terapêuticas nesses locais e, portanto, possibilitam conhecer as comunidades terapêuticas em suas minúcias, no seu funcionamento cotidiano. Através da análise dos projetos, apontaremos como se apresentam as estratégias de governamentalidade no tratamento das comunidades terapêuticas e que efeitos elas produzem nos usuários de drogas que passam por internação nas instituições.

PARTE III

9 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

A fim de visibilizar como as comunidades terapêuticas estruturam-se e funcionam, como operam as técnicas de governamentalidade sobre os sujeitos pactuadas pela atual política de drogas no país, apresentaremos a análise desta pesquisa partindo do projeto de quatro comunidades terapêuticas. Dessa forma, apontaremos como se constitui o entrelaçamento entre o caráter religioso e disciplinar dessas instituições a partir do conteúdo disponível em suas páginas na internet. Com a análise dos projetos das comunidades terapêuticas, pretendemos conhecer e discutir os efeitos do entrelaçamento religioso-disciplinar nos modos de subjetivação do sujeito usuário de drogas.

Para esta pesquisa, foram utilizados dentre os materiais de análise, os projetos terapêuticos de tratamento das seguintes comunidades terapêuticas: Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer⁴ (Novo Hamburgo/RS), Centro de Reintegração Social Aprendendo a Viver⁵ (Sapiranga/RS), Comunidade Terapêutica Ferrabraz⁶ (Sapiranga/RS) e Fazenda do Senhor Jesus⁷ (Viamão/RS). Todas elas possuem sitio na internet e disponibilizam, publicamente, os projetos terapêuticos de tratamento para usuários de drogas bem como demais informações sobre a estrutura institucional e seu funcionamento. A escolha por estas quatro comunidades terapêuticas deu-se pela riqueza e detalhamento das informações contidas em seus sítios.

A Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer é direcionada para pessoas do sexo masculino na faixa dos 16 aos 60 anos. Ela tem a capacidade para 60 residentes na instituição. Sua filosofia de trabalho está baseada em uma declaração feita pelo jornalista Richard Beauvais após sua internação na Comunidade

⁴ (FAZENDA RENASCER, 2012).

⁵ (CENTRO DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL APRENDENDO A VIVER, 2013).

⁶ (COMUNIDADE TERAPÊUTICA FERRABRAZ, 2013).

⁷ (FAZENDA DO SENHOR JESUS, 2013).

Terapêutica Daytop Village nos EUA, que segue a premissa dos Alcoólicos Anônimos.

Estou aqui porque, finalmente, não há mais como me refugiar de mim mesmo. Até que me confronte nos olhos e no coração de outros, estarei fugindo. Até que sofra o partilhar dos meus segredos não me libertarei deles. Temeroso de ser conhecido não poderei me conhecer, nem aos outros... E estarei só! Onde, senão em meu companheiro, poderei encontrar este espelho? Aqui, juntos, posso finalmente conhecer-me por inteiro, não como gigante, que sonho ser, nem tampouco como o anão dos meus temores, mas como alguém, parte de um todo, compartilhando seus propósitos. Neste solo poderei criar raízes e crescer, não mais isolado na morte, mas vivo - para mim e para os outros (FAZENDA RENASCER, 2012).

A linha mestra do tratamento na Fazenda Renascer são os Doze Passos de Recuperação do AA. O programa terapêutico está estruturado em três princípios básicos: espiritualidade, disciplina e trabalho e possui um cronograma para um ano de tratamento. A disciplina é promovida como um meio para dominar os impulsos, uma vez que, no entendimento da comunidade terapêutica, o dependente químico tem aversão à regras e normas e, por isso, foge dos padrões estabelecidos pela sociedade. Portanto, a comunidade terapêutica tem a pretensão de produzir sujeitos aptos aos padrões sociais, que insiram normativamente aos ditames da sociedade. O público da comunidade terapêutica são os sujeitos “desajustados”.

Essa instituição considera que a dependência química é uma doença biopsicossocial e espiritual e, por esse motivo, o usuário de drogas precisa de ajuda externa para redirecionar sua vida, promovendo uma transformação através da mudança de seus valores e do seu estilo de vida. Em outros termos, no tratamento da comunidade terapêutica, opera-se uma constituição de novos valores através de práticas ditas “espirituais” e, portanto, valores advindos de preceitos religiosos. Não há informações sobre quais profissionais atuam no local, mas são citados os seguintes recursos de tratamento: assistência psicológica (individual e em grupo), esporte e lazer, educação física, *tai chi chuan*, karatê, academia e prática de informática. Práticas que operam sobre o corpo, por meio das atividades físicas, e práticas que operam sobre a “alma”, através das técnicas da psicologia. De acordo com Soares (2008), as ginásticas e os esportes se inscrevem como pedagogias higiênicas e, em sua tarefa de intervir sobre os corpos, constituem-se como táticas do governo de si e de gestão da população. A ginástica incide sobre o corpo individual, auxiliando na regulação do corpo social, sendo disciplina e, ao mesmo,

regulamentação da vida, forjando o que se pode denominar de corpo sadio. Corpo sadio que a comunidade terapêutica propõe-se a constituir.

O Centro de Reintegração Social Aprendendo a Viver está localizado em um centro urbano, seguindo o modelo residencial. Não há referências sobre o público que a instituição atende, nem sobre o número de vagas existentes. A instituição refere que o tratamento é personalizado, sem crédulo religioso, mas espiritual, e destaca que não tem “trabalhos forçados”. O tratamento está dividido em três etapas: desintoxicação, tratamento de dependência química e pós-tratamento. A desintoxicação é feita em observação constante por um técnico de enfermagem, com verificação de sinais e dispensação de medicação, conforme prescrição médica. Na segunda etapa, o residente deve identificar sua doença, aceitar sua condição de pessoa doente que necessita de tratamento, formular uma programação pessoal de reabilitação, conhecer o programa de doze passos do AA e preparar-se para a sua reinserção social. Ainda que essa comunidade terapêutica afirme não ter crédulo religioso, ao impor o programa dos doze passos do AA, fica subentendido que o usuário deva, no mínimo, acreditar em um “deus” ou em um “poder superior”. Com isso, podemos inferir que há uma conformação ‘espiritual’ no tratamento, uma vez que, para tomar o método do AA como diretriz, o sujeito deve reconhecer como verdade as premissas dos doze passos.

O pós-tratamento consiste em acompanhamento ambulatorial e participação em reuniões semanais de grupos de AA ou NA. O Centro possui uma equipe técnica formada por médico psiquiatra, médico clínico geral, psicóloga, assistente social e técnicos de enfermagem e oferece como atividades: terapia individual, terapia em grupo, terapia familiar, atendimento psiquiátrico, clínico e psicológico, oficinas terapêuticas, espiritualidade, atividades lúdicas e de lazer, grupos de AA e NA. Assim como na comunidade terapêutica Fazenda Renascer, a instituição também estabelece intervenções sob corpo e “alma” e coloca a espiritualidade como atividade. Portanto, espiritualidade como atividade, como técnica aplicada aos sujeitos, como tratamento. Gros (2008) explica que os exercícios cristãos de confissão e outras práticas de direção configuram a abnegação e a renúncia do sujeito a si mesmo, quando esse se coloca como objeto e, objetivando-se, morre para si mesmo.

A Comunidade Terapêutica Ferrabraz tem seu tratamento baseado na programação dos Doze Passos do AA, empregando métodos que decorrem da

postura filosófica que têm como base o tripé: oração, trabalho e disciplina. A oração diz respeito ao desenvolvimento da espiritualidade, que é considerada o alicerce fundamental para a recuperação. O trabalho compreende as atividades de manutenção e funcionamento da instituição, resgatando o sentido e o gosto pelo trabalho. A disciplina está associada ao cumprimento rigoroso dos horários, compromissos, apresentação pessoal, tarefas, comunicação adequada e vocabulário. Dentre as três premissas de tratamento, a oração e o desenvolvimento da espiritualidade são considerados o alicerce para o tratamento. O desenvolvimento da espiritualidade diz respeito à construção de valores de ordem religiosa, inexistentes antes da internação, e que, sendo instituídos pelos sujeitos, os modificam, para assim obterem a recuperação.

O funcionamento da instituição Ferrabraz dá-se em sistema aberto com regime de residência em ambiente protegido. Baseados em Kurt Lewin (sem citar nenhuma obra ou referência bibliográfica), a comunidade terapêutica afirma que o dependente químico só tem condições de se manter abstinência após um período de tempo considerável afastado de seu meio original. O programa de tratamento é desenvolvido em nove meses consecutivos, divididos em três etapas. A primeira etapa é a adaptação e desintoxicação, que acontece no primeiro trimestre da internação. A segunda etapa, no segundo trimestre, é a conscientização e a última etapa é caracterizada pela ressocialização. Na última fase, são permitidas visitas às famílias que duram uma semana. A instituição oferece atendimento com psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. A metodologia empregada consiste em diversas técnicas terapêuticas grupais: grupo dos Doze Passos, grupo de amor exigente, grupo de sentimento, grupo de auto-ajuda, grupo de socioterapia, grupo de espiritualidade, grupo de laborterapia, grupo psicológico, grupo de terapia racional emotiva. Técnicas conformadas por um caráter confessional, em que o sujeito deve dizer tudo de si e sobre si para alcançar os objetivos terapêuticos da instituição, pautadas pelos conhecimentos da psicologia e das práticas cristãs.

A Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus tem seu funcionamento estruturado a partir de valores físicos, éticos, morais, intelectuais e espirituais e entende que os valores de uma comunidade terapêutica estão para ela assim como sangue está para a vida. Os valores estão designados conforme os princípios fundamentais do código de ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e são definidos como:

- Respeito à dignidade humana;
- Permanência e aceitação do programa de forma livre e voluntária;
- Permanência assegurada em ambiente livre de drogas, sexo e violência;
- Amor responsável;
- Honestidade;
- Solidariedade;
- Busca de um sentido de vida.

A instituição determina um tratamento com duração de 9 meses e seu público é composto por pessoas do sexo masculino. Existem cerca de 96 vagas na comunidade terapêutica. Para o ingresso, é necessário que a pessoa se submeta a um processo de triagem e avaliação. Neste processo, inclui-se avaliação psicológica e avaliação socioeconômica, com a necessidade de acompanhamento de um responsável pela internação. Em seguida, acontece o encaminhamento para uma casa de triagem, onde são solicitados uma série de exames laboratoriais, dentre eles, sorologia para HIV. Se em 15 dias o candidato à internação apresentar qualquer quadro (não há nenhuma referência sobre quadros específicos) que impossibilite a continuidade do tratamento, ele é desligado do programa. A equipe de trabalho é formada por dependentes químicos em recuperação com estágio em comunidade terapêutica e com curso de formação de coordenadores da FEBRACT. Com isso, a instituição visa a articulação entre a experiência de vida dos dependentes químicos com a capacitação técnica de profissionais, que são voluntários, da área da toxicologia, psicologia, assistência social, saúde e administração. No que concerne às atividades terapêuticas, a comunidade terapêutica conta com: laborterapia (a fim de manter o funcionamento e a manutenção do local), exercício de rígida disciplina individual e coletiva, desenvolvimento de vida comunitária, estudo e vivência dos doze passos do AA, estudo e vivência dos doze princípios do Amor Exigente, reuniões de grupo com várias destinações, atividades esportivas e lúdicas e oração sob todas as formas (individual e coletiva).

Temos, portanto, a conformação de projetos terapêuticos para o tratamento pelo viés da disciplina, da espiritualidade (ou religiosidade) e do trabalho. Três eixos norteadores para a constituição de sujeitos socialmente ajustados, inseridos moralmente na instituição religiosa, no mercado de produção-consumo, nas instituições de ensino, na vida política-econômica. Eixos que operam sobre os

sujeitos através de técnicas de cuidado de si, de práticas confessionais aliançadas com os saberes da psicologia e do cristianismo com caráter punitivo, pois delegam os sujeitos a falarem dos seus 'erros' materializados no consumo de drogas; de práticas físicas, de regulação, para a constituição de um corpo saudável, produtivo, abstinência. Essas conformam-se como tecnologia biopolítica, de condução de condutas para a maximização da vida, outrora ameaçada pelo consumo abusivo de substâncias que deslocou o sujeito do jogo mercadológico do neoliberalismo.

Nos quatro projetos acima descritos, podemos visibilizar a 'espiritualidade' como o grande princípio norteador das comunidades terapêuticas. Algumas vezes, como nos casos da Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer, do Centro de Reintegração Social Aprendendo a Viver e da Comunidade Terapêutica Ferrabraz, a espiritualidade aparece objetivada pela premissa dos doze passos dos alcoólicos anônimos, sendo eles: ou a própria filosofia institucional ou o pilar que organiza as atividades terapêuticas dentro das instituições. Na Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, a espiritualidade aparece como um dos princípios que rege a instituição, diluído entre outros valores, sem ganhar destaque significativo na apresentação do local. No entanto, ao tomar as atividades terapêuticas para análise, encontramos os doze passos como estratégia de tratamento. Cabe ainda ressaltar, nesse projeto terapêutico, o item "oração sob todas as formas" que aparece vinculado às atividades terapêuticas da instituição.

Assim, a grande questão que emerge dos projetos terapêuticos das comunidades que foram tomadas para a análise desta pesquisa é a espiritualidade como premissa de tratamento, como o dispositivo terapêutico – ainda que as práticas da psicologia apareçam em todas as instituições (e isto será problematizado mais adiante). Contudo, o que se demonstra de modo significativo e predominante no detalhamento das instituições citadas é a premissa da espiritualidade para o tratamento dos usuários de drogas internados nessas comunidades terapêuticas que se estabelecem, especificamente, pelo método dos doze passos dos alcoólicos anônimos.

Além da espiritualidade, nesses projetos terapêuticos, está inscrita a necessidade de práticas ascéticas, com caráter punitivo, que reforçam a importância das práticas confessionais propostas pela religião, assim como pelas práticas da psicologia e da psiquiatria. A partir do entendimento proposto por Foucault que apresentaremos a seguir sobre a ascese, a punição e a confissão, iremos analisar a

metodologia dos doze passos das comunidades terapêuticas como a forma de operação destas práticas sobre os sujeitos internados nestas instituições. Portanto, apresentaremos uma análise deste método de tratamento, que iniciará com a listagem dos doze passos na íntegra e seguirá com uma discussão sobre as questões de ascese, punição e confissão, propostas por Foucault, que sustentará a discussão com as que emergem desta metodologia de tratamento para os usuários de drogas nas comunidades terapêuticas.

10 ASCESE, CONFISSÃO E PUNIÇÃO ATRAVÉS DOS DOZE PASSOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A discussão que apresentamos neste momento é a parte da metodologia dos doze passos, estabelecida pelos Alcoólicos Anônimos e tomada pelas comunidades terapêuticas como metodologia para o tratamento dos usuários de drogas, conforme está apresentada a seguir.

Os Doze Passos

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (VIVÊNCIA. REVISTA BRASILEIRA DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2011, p. 1).

Ao analisar os doze passos das comunidades terapêuticas, podemos pensar na emergência de três grandes questões, como vimos no capítulo anterior. Questões que estão colocadas nas prescrições destes passos: confissão, ascese e punição. É através destes três dispositivos que irá se constituir a governamentalidade do sujeito usuário de drogas. Mais do que isso, é através deles que se dá a governamentalidade das comunidades terapêuticas. A seguir, apresentaremos a discussão sobre ascese, confissão e punição, divididas em três subcapítulos.

10.1 ASCESE DO CORPO E DA ALMA: 'ESPIRITUALIDADE' COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA

Para iniciar esta discussão, tomemos a definição de espiritualidade descrita por Foucault no curso *A Hermenêutica do Sujeito*. A espiritualidade é conformada pelo "[...] conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as purificações, as ascetes, as renúncias" (FOUCAULT, 2010c, p. 15) que não se constituem para o conhecimento, mas para que o sujeito possa ter acesso à verdade. A espiritualidade ocidental considera que o sujeito como tal não tem a capacidade de ter acesso à verdade, a verdade não lhe é dada por direito nem por um ato de conhecimento. Para que se tenha acesso a verdade, o sujeito deve modificar-se, transformar-se, deslocar-se de si mesmo. Tornando-se outro que não ele mesmo, a verdade lhe pode ser dada. Só há verdade mediante essa conversão. Para que haja a transformação do sujeito a fim de que ele possa ter acesso à verdade, é preciso instaurar um trabalho de si para consigo. Este trabalho requer o labor da ascese. (FOUCAULT, 2010c).

A ascese pode ser entendida, segundo Foucault (2010c), como a prática dos discursos verdadeiros na atividade, propriamente dita, dos sujeitos que torna os sujeitos ativos de discursos verdadeiros. Diferentemente, o ascetismo refere-se à renúncia, à mortificação e não é a isso que Foucault se refere nesse momento. Já a palavra ascese refere-se ao exercício particular ou ao engajamento do indivíduo com uma série de exercícios com vistas a purificação ou a salvação em uma experiência espiritual. O que o autor pretende é situar a ascética como o conjunto de exercícios indicados ou obrigatórios por um sistema moral, filosófico ou religioso que são utilizáveis pelos indivíduos com uma finalidade espiritual definida. Esta finalidade é entendida como uma transfiguração dos indivíduos enquanto sujeitos de ação e de conhecimento verdadeiro, o que é o objetivo da ascética.

Foucault (2010b) situa o batismo como um ato de transferência de uma vida a outra, como uma morte entre essas duas vidas. Morte no sentido de que a passagem de uma vida a outra só pode se dar pela morte. A segunda vida, dada pelo batismo, seria, então, a ressurreição. Sendo assim, a preparação para o batismo envolve um exercício de mortificação e, com a autenticação dessa mortificação, constitui-se o caminho para a verdade. A teologia do batismo também

está ligada à ideia da ação demoníaca na alma. A ação do demônio representa a culpa e, para obter a purificação dessa culpa, é imprescindível que haja uma luta permanente contra esse outro que se apossa de nossa alma. Expurgando esse outro, é possível traçar caminho para a verdade, devendo também passar por uma série de provas de verificação para constatar que esse outro não se encontra mais na alma. Essa conversão é entendida por Foucault como uma ruptura da identidade, que se coloca como o funcionamento da relação entre subjetividade e verdade. Portanto, não se pode ter uma relação entre subjetividade e verdade e a verdade não pode produzir efeitos de subjetivação se não estiver atrelada à mortificação, se não estiver atrelada à luta com o outro.

A ascética desenvolvida pelos estoico-cínicos no período do Alto Império Romano desvincula o conjunto de exercícios da ascética do princípio do conhecimento de si e do reconhecimento de si como elemento divino. Essa dupla desvinculação, de acordo com Foucault (2010c, p. 377), "[...] esteve no ponto de partida da fortuna histórica desses exercícios e, paradoxalmente, de sua fortuna histórica no próprio cristianismo". O desenvolvimento da espiritualidade cristã no final do século III e durante os séculos IV-V nas instituições monásticas não esteve centrada no conhecimento de si. Essa ascética de origem filosófica garantiu ao cristianismo a prática de exercícios que não eram da ordem do conhecimento, como por exemplo, as práticas de abstinência. Os exercícios de conhecimento de si do cristianismo tinham por finalidade incidir sobre si mesmo não como reconhecimento do divino, mas como traços de queda e da presença do Outro, do Diabo. Tais exercícios perduraram no cristianismo e reapareceram tomando maiores dimensões a partir dos séculos XV-XVI, na Reforma e na Contrarreforma (FOUCAULT, 2010c).

Os passos de número 2 (Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade), 3 (Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos), 11 (Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade) e 12 (Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades) descrevem algumas atitudes e condutas que o usuário de drogas deve ter consigo mesmo. No âmbito da descrição dessas quatro prescrições,

encontramos a questão da ascese como uma prática fundamental no tratamento das comunidades terapêuticas analisadas nesta pesquisa.

O passo número 11 prescreve a prece e a meditação, que podem ser tomados como um exercício ascético. A função do exercício da prece e da meditação é, exatamente, possibilitar o contato com a vontade divina sobre si; é o modo como o sujeito opera a transformação de si neste outro, a transformação de si enquanto sujeito convertido, que, agora, pode encontrar a verdade. Esta verdade é a vontade divina que incide como a vontade do sujeito, que se apresenta como princípio de obediência sem fim, que se positiva como condução de conduta, como uma governamentalidade dos sujeitos através dessa verdade resultante da conversão religiosa. Pensando no contexto em que se inserem as comunidades terapêuticas em nosso país, esta verdade produzida pela via da conversão religiosa não concerne apenas à moralização dos sujeitos pelo viés religioso. Esta conversão, também, e, principalmente, produz sujeitos que possam operar o jogo econômico imposto pela lógica neoliberal. A ascese, nesse caso, diferentemente do que se pretendia no cristianismo dos primeiros séculos, agora engendra não uma mudança na alma, mas na produção de modos de conduta, na transformação do comportamento.

Essa governamentalidade não cessa com a saída da comunidade terapêutica ou com o fim do tratamento nestas instituições. Primeiro por que existem reuniões abertas dos Alcoólicos Anônimos que se orientam por estes doze passos e que são facilmente acessadas por pessoas que talvez nunca venham a ser internadas em comunidades terapêuticas. Segundo por que, para aqueles que conheceram os doze passos, que tiveram os doze passos como metodologia de tratamento na comunidade terapêutica, que nunca haviam participado de uma reunião de AA antes da internação, o governo da vida está garantido no último passo. O passo número doze transborda os limites da vida e do tratamento na comunidade terapêutica, estabelecendo que os onze princípios anteriores sejam praticados em todas as atividades que eles venham a desenvolver. Esse é princípio que engendra a vida dos sujeitos como um todo, que governamentaliza as condutas e que sustenta a manutenção da conversão obtida pelo método proposto pelo tratamento na comunidade terapêutica. Com esse princípio, a instituição segue operando, pois produz uma subjetividade, uma relação consigo mesmo que só possível se atrelada aos doze passos. Sendo assim, as prescrições dos doze passos

das comunidades terapêuticas constituem-se como um comportamento previamente definido que incide sobre os usuários de drogas como um novo comportamento a ser consumido.

Nos passos 2 e 3, percebemos que a entrega a Deus, ao Poder Superior, é parte inerente no processo de tratamento. Pensando a partir dessa relação que Foucault estabeleceu entre verdade e subjetividade a partir da conversão, podemos entender que essas prescrições trazem em sua discursividade, justamente, a necessidade da conversão dos indivíduos como caminho para obter a cura proposta pela comunidades terapêuticas em seus projetos de tratamento. Para que o sujeito entre para a comunidade terapêutica, é necessário que haja essa mortificação, essa aceitação da conversão e da nova vida, como uma ressurreição de si, forjando uma subjetivação advinda dos preceitos cristãos que são tomados como medidas de tratamento para a constituição dos usuários de drogas. Constituem-se assim, sujeitos convertidos, que atribuem à Deus e ao Poder Superior a construção de uma outra possibilidade de si mesmo, de ser no mundo. Essa luta com o outro, esse demônio que se apossa das almas, é entendido então, como a vida pregressa antes da entrada na comunidade terapêutica, em que o uso de drogas era exercido.

10.2 PRÁTICAS CONFESSIONAIS: A CONFORMAÇÃO DO SUJEITO ABSTÊMIO

Para iniciarmos esta discussão, apresentaremos uma breve revisão dos escritos de Foucault sobre a confissão e a punição para situarmos a natureza de nossa análise. Paralelamente, serão apresentadas as materialidades encontradas na metodologia de tratamento das comunidades terapêuticas que operam as práticas confessionais e punitivas como modos de subjetivação.

A Contrarreforma Católica no século XVI dedicou-se a acelerar o ritmo da confissão anual nos países católicos, pois buscou impor uma série de regramentos do exame de si mesmo e atribui mais importância na penitência às insinuações da carne: "[...] pensamentos, desejos, imaginações voluptuosas, deleites, movimentos simultâneos da alma e do corpo, tudo isso deve entrar, agora, e em detalhe, no jogo da confissão e da direção espiritual" (FOUCAULT, 1988, p. 25). Esse mecanismo constituiu-se como o modo em que a pastoral cristã passou a produzir efeitos sobre

o desejo. As insinuações da carne a que se referem os estudos de Foucault e o investimento da Igreja Católica são da ordem da sexualidade. Mas não seria o uso de drogas um prazer da carne? Não seria a busca por substâncias que provocam reações orgânicas, corporais e psicológicas uma outra via de obtenção de prazer administrada através do corpo, do uso do corpo para obter o prazer dos efeitos das drogas? Podemos pensar nisso, dadas as estratégias de tratamento das comunidades terapêuticas e o investimento delas através de mecanismos de disciplinarização dos corpos e do investimento biopolítico sobre a população usuária de drogas.

As práticas confessionais surgem a partir da penitência ou ainda da punição através do corpo. A punição, conforme Foucault (2009), deve ser abordada como uma função social complexa, assim como as prisões. As relações de poder e as relações de objeto podem ser discutidas a partir da transformação ocorrida nos métodos punitivos como uma tecnologia dos corpos. Quando se utiliza qualquer método, sejam eles castigos violentos ou medidas sutis, é da submissão e da docilidade do corpo a que ele se refere. O corpo está inserido em um campo político, onde as relações de poder os alcançam, onde "[...] elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais" (FOUCAULT, 2009, p. 29). Tal investimento tem o interesse de constituir corpos como força de produção econômica e, para essa constituição, é necessário que ele esteja inserido em um sistema de sujeição.

A história das relações de poder e das relações de objeto são apresentadas por Foucault (2009) através de três figuras de punição: a tortura (arma da soberania), a correta representação (reformadores humanistas da Época Clássica) e a prisão e a vigilância normalizadora (encarnação da tecnologia disciplinar). De acordo com Dreyfuss e Rabinow (1995), o poder soberano se exercia sob a forma de tortura, através do ritual de atrocidade. No ritual de atrocidade, em que o súdito que desobedecia o rei era massacrado fisicamente, o poder excessivo do soberano encontrava o seu limite diante da devastação do corpo, que expunha os limites do poder do rei. Durante o ritual de tortura, o indivíduo era forçado a confessar seu crime. A confissão era uma produção da verdade, era o modo como a verdade da acusação era demonstrada. Tal produção de verdade, a partir do século XVIII, passou a ser um ritual consistente.

Para entender como se estabeleceram as práticas de confissão, utilizaremos os ensinamentos de Foucault (1988; 2006; 2010a; 2010b) sobre esta prática. De acordo com Foucault (2010a), a revelação forçada é um procedimento de poder fundamental. No interior dos procedimentos de individualização pelo poder, conforme Foucault (1988), temos a inscrição da confissão da verdade. O autor demonstra através de seus estudos sobre a sexualidade, a institucionalização de diversos procedimentos de revelação desse enunciado, como a psiquiatria, a psicanálise e a sexologia. O fio condutor desta institucionalização foi o ritual de penitência.

Originalmente, o ritual de penitência não incluía a revelação obrigatória. A absolvição dos pecados dava-se, exclusivamente, em função das penas que o indivíduo se infligia, adotando o estatuto de penitente. Somente bispo tinha o direito de designar o estatuto de penitente a alguém e isso só poderia acontecer uma vez na vida daquele que solicitava esse estatuto. A partir do século VI, essa penitência assume um novo modelo e passa a ser a penitência tarifada – seguindo um modelo laico, judiciário e penal. Daí surge a obrigatoriedade da revelação ao padre, já que ele que indicaria qual penitência deveria ser consumada para que o pecado pudesse ser remitido. Pouco a pouco, o ritual da penitência foi se deslocando para formas simbólicas, estreitando-se cada vez mais em torno da própria revelação (FOUCAULT, 2010b).

Na direção cristã, três elementos são fundamentais: o princípio da obediência sem fim, o princípio do exame incessante e o princípio de confissão exaustiva. De acordo com Foucault (2010b), na direção de consciência, não existe coerção. O dirigido quer sempre ser dirigido, existe um laço de inteira liberdade de aceitação da direção. Na direção, existem técnicas que são meios de vincular uma vontade a outra. A verdadeira relação de direção fixa por fim a perfeição, a tranquilidade da alma, a ausência de paixões, a maestria de si, ou seja, uma relação de si consigo. O dirigido busca, então, uma finalidade que não é externa, mas uma finalidade interna que pode ser entendida como um modo de relação de si consigo.

Por consequência, se chamarmos subjetivação à formação de uma relação definida de si consigo, pode-se dizer que a direção é uma técnica que consiste em ligar duas vontades de maneira que elas retem uma em relação a outra continuamente livres; de as ligarem de tal maneira que uma queira isso que quer a outra, mas isso com uma finalidade de subjetivação,

que quer dizer, de acesso a uma certa de relação de si consigo (FOUCAULT, 2010b, p. 90).

Foucault (2006) coloca que a prática do interrogatório e da extorsão da confissão nunca mudou no interior da psiquiatria, constituindo-se como um procedimento constante. O interrogatório é uma forma de fixar o indivíduo, de vincular o indivíduo a sua identidade social. Portanto "[...] o interrogatório é um método disciplinar e, nesse nível, podem-se efetivamente identificar seus efeitos" (FOUCAULT, 2006, p. 300). O interrogatório é um dos "elementos de fratura do sistema disciplinar", pois marca o momento em que o saber da medicina passa a falar não em termos de poder, mas em termos de verdade. Temos uma tecnologia da verdade que afina-se com a prática científica.

A confissão é um ato de verdade em que o sujeito é ator, porque a verdade surge através do discurso que traz à tona aquilo que estava na obscuridade. O sujeito também é testemunha, uma vez que ele afirma que isso se passou em sua consciência, em uma observação interior sobre si mesmo. Ainda, esse sujeito é objeto, pois ele é quem está na cena de seu testemunho e na manifestação da verdade que ele opera (FOUCAULT, 2010b).

Os passos número 1 (Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas) e 5 (Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas) convocam o sujeito a admitir para si e para os outros sua impotência, sua falta de auto-controle, seu erro ao consumir álcool. Nos itens 4 (Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos) e 10 (Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente), a orientação é para que o sujeito faça seu próprio inventário moral, seu exame de consciência e continue sempre o fazendo, a fim de manter a auto-vigilância sobre suas condutas e revelar aos outros suas falhas quando não há o cumprimento do que está prescrito. Nesses quatro passos, vemos como o caráter da confissão, da revelação forçada, se apresenta como técnica disciplinar na metodologia dos doze passos.

Conforme Foucault (2010), a partir do século XII a confissão passa a ser obrigatória (anual para leigos, mensal ou semanal para clérigos). Com essa obrigatoriedade, passa a existir a obrigação de regularidade, de continuidade e de exaustividade (já que todos os pecados deviam ser revelados para serem inquiridos pelo padre) na confissão. A obrigação da penitência estende-se para a obrigação da

confissão sacramental que se desdobra na revelação das faltas propriamente ditas. A revelação contínua e exaustiva pode ser visibilizada nos passos 4 e 10, já que o passo 10 é praticamente a reedição do que já havia sido indicado pelo passo 4. O passo 10 é um segundo aviso que reforça a necessidade de confissão, que engendra e constitui o modo como o sujeito usuário de drogas deve falar de si (como sujeito que falha, que erra, como um "drogado") e a obrigatoriedade de falar si na comunidade terapêutica e por toda a vida, para manter-se em abstinência. A abstinência dos sujeitos apresenta-se, então, como o grande objetivo das comunidades terapêuticas, forjando uma população de sujeitos com o comportamento que possibilite que eles sejam produtivos economicamente.

Conforme Foucault (2010b), o exame de consciência, esse exame de si mesmo como princípio da direção cristã, consiste em uma atividade que se exerce sobre o fluxo do pensamento em sua atualidade, apreendendo o pensamento no momento que ele pensa. É no exame de si mesmo que se obtém as certezas fundamentais da consciência, é onde se deve procurar uma relação fundamental com a verdade. A obrigação da confissão está tão arraigada em nós mesmos que não é percebida como um efeito do poder coercitivo. Assim, "[...] a confissão é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado" (FOUCAULT, p. 70, 2006). Os passos 1 e 5 ventilam, exatamente, o postulado do exame de consciência, da busca da verdade 'dentro de si', da verdade sobre o uso de drogas, sobre o mal que elas causaram, sobre o erro que elas representam, sobre sua fraqueza, sobre sua vitimização diante da substância que lhe corrompeu. Essa é verdade que subjetiva o usuário de drogas em tratamento nas comunidades terapêuticas e é verdade tomada pela política pública sobre drogas em vigência no Brasil.

Se, com o desenvolvimento de seu estudo sobre a sexualidade, Foucault (1988) demonstrou haver um discurso proliferante que remetia o indivíduo a este enunciado da sexualidade e, sendo assim, havia o que revelar ao psicanalista, ao psiquiatra, ao sexólogo, talvez seja possível pensar o mesmo sobre a questão das drogas no contemporâneo. As campanhas proibicionistas e preventivas ao uso de drogas que foram veiculadas, veementemente, pela mídia, hoje se apresentam de forma dissipada. Em resposta às campanhas midiáticas, muitos outros discursos emergiram ou voltaram à cena e instauraram-se nas instituições de ensino, nas políticas e nos serviços de saúde, nas leis de trânsito, nos locais de lazer, no andar

da vida como um todo da população. Entrelaçado a esse discurso proliferante sobre a droga, vem a necessidade de “tratar” aqueles que têm problemas com o uso delas. Tratamento que é pensado, produzido e protagonizado, essencialmente, pelas disciplinas “psi”, por técnicas de disciplinamento e de confissão, que tomam materialidade nos passos 1, 4, 5 e 10.

A prática confessional em seu âmbito originário pertencente ao cristianismo, prestava-se ao governo das almas – ao poder pastoral. A confissão, como Foucault demonstrou, foi estendendo-se, reeditando-se, tomando outras frentes, atravessando outros saberes, submergindo em outras disciplinas e, assim, cristalizou-se como prática vigente das disciplinas “psi” especificamente e das disciplinas da área da saúde em geral. Com isso, é possível visibilizar como se estabelece o enlace entre as práticas espirituais das comunidades terapêuticas através dos doze passos e as práticas da psicologia e da medicina, pois o caráter confessional de todas as instâncias citadas ecoam entre si quase que de forma uníssonas.

10.3 DA CONFISSÃO À PUNIÇÃO: A CONFORMAÇÃO DO USO DE DROGAS COMO DANO SOCIAL

Os reformadores humanistas da Época Clássica questionaram o excesso de violência nas punições e, com esse discurso, uma nova interpretação da punição foi possível. A proposta era de uma punição que combinava clemência com uma aplicação mais eficaz. A punição deveria ser mais clemente, porque não é somente o criminoso que está envolvido, mas sim a sociedade como todo.

Em *A sociedade punitiva*, Foucault (1997) afirma que, a partir do século XVIII, a nossa sociedade passou a enclausurar, trazendo a prisão como recurso para a punição daqueles que infringem a lei. Paralelo à sua construção, as prisões foram objeto de críticas alijadas em princípios fundamentais e nos desfuncionamentos possíveis que a prisão poderia trazer para o sistema penal e para a sociedade em geral. Sendo assim, a prisão foi apontada como um instrumento que fabrica aqueles que serão encarcerados. Essa crítica hoje é dada como fatalidade (FOUCAULT, 1997).

Os reformadores penais do século XVIII definiram, a partir do interesse da sociedade, a noção de crime e a necessidade de punição. Com isso, tem-se como consequência, o estabelecimento do castigo para o perigo ou dano causado à sociedade e não à falta em si. O papel da pena é voltado a impedir que o crime recomece, colocando o culpado fora da possibilidade de causar prejuízo. Com os princípios destes reformadores, outros modelos punitivos foram possíveis: o primeiro deles articulado à infâmia, outro associado a lei do talião e o último caracterizado pela escravização em benefício da sociedade (FOUCAULT, 1997).

A infâmia diz respeito aos efeitos da opinião pública que incidem sobre o sujeito criminoso como uma reação espontânea da própria sociedade. É uma pena que se ajusta ao crime sem a necessidade de passar pelo código penal e pelo tribunal. O modelo do talião impõe um castigo equivalente à natureza do crime cometido e, apesar de nunca ter sido proposto de forma especificada, permitiu definir modos de punição. Esse modelo pode ser pensado sob a forma de um talião moral que pune o crime sem a intenção de reverter seu efeito, mas incidindo sobre os vícios que o motivaram. A escravização é estabelecida em intensidade e duração conforme o prejuízo causado. Foucault, fazendo referência à escritos de Brissot (sem referência da obra) afirma: “O que substitui à pena de morte? A escravidão que põe o culpado fora de condição de causar prejuízo à sociedade; trabalho que o torna útil; a dor longa e permanente que amedronta aqueles que ficariam tentados a imitá-la” (FOUCAULT, 1997, p. 35).

Os passos 6 (Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter), 7 (Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições), 8 (Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados) e 9 (Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem), trazem em sua discursividade os aspectos punitivos consequentes aos que fizeram uso de drogas. Nos passos 6 e 7, o uso de drogas é apontado como um defeito de caráter e imperfeição que necessitam ser removidos por ‘Deus’. Essa remoção, no âmbito desta pesquisa, pode ser entendida como o sentido da comunidade terapêutica se estabelecer como uma instituição fechada, que enclausura o sujeito usuário de drogas. Enclausuramento para a remoção dos defeitos de caráter para que o sujeito possa retornar à sociedade, em que a comunidade terapêutica opera como prisão

em sua característica punitiva e segregadora. Nesse caso, as comunidades terapêuticas funcionam como recurso de enclausuramento daqueles que são considerados ameaças para a ordem social, que vêm sendo apontados pela mídia – como já vimos anteriormente – como potenciais criminosos. Se, no âmbito da justiça e da segurança pública, os usuários de drogas não são necessariamente enquadrados como criminosos, um outro “enquadre” se constitui através do tratamento em instituições de longa permanência como as comunidades terapêuticas.

Os passos 8 e 9 determinam que o uso de drogas produziu danos e prejuízos que devem ser reparados. Essas prescrições incidem sobre o uso de drogas enquanto dano social, ou seja, colocam o usuário de drogas enquanto alguém que, com uma prática individual de consumo de substâncias, desestabiliza a ordem social. Nesse entendimento, o sujeito usuário de drogas, em seu caráter improdutivo do ponto de vista da lógica neoliberal, deve reaver-se com a sociedade, retornando como um sujeito dotado de arrependimento por seus “erros” e que, por tê-los cometido, se compromete com a reparação através de uma conduta de abstinência.

A internação em comunidade terapêutica pode ser entendida como uma medida punitiva. O tratamento que incide sobre o “vício” da droga, pretende a conformação de sujeitos que sejam produtivos economicamente no mercado formal de trabalho e que não venham a se tornar sujeitos inseridos no mercado do tráfico de drogas. A característica segregadora das comunidades terapêuticas encontra condição de existência e permanência em nosso tempo por conta do fenômeno coletivo do pânico moral em relação ao consumo e ao tráfico de drogas.

10.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE ASCESE, CONFISSÃO E PUNIÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Ao final desta análise sobre a metodologia de tratamento das comunidades terapêuticas em seu caráter confessional, punitivo e ascético como produtores de subjetividades, podemos considerar o conjunto desta prática como um exemplo de aleturgia. Foucault (2010b) explica que a aleturgia é um conjunto de procedimentos,

verbais ou não, em que se atualiza o que é colocado como verdadeiro em oposição ao falso e que, portanto, não existe exercício de poder sem aleturgia. Todo o conhecimento é uma produção de verdade na consciência dos indivíduos que se dá através de certos procedimentos, que são as formas possíveis da aleturgia. Os doze passos podem, então, ser entendidos como um ritual de manifestação da verdade, como uma aleturgia religiosa e oracular – sustentados por um exercício de poder que conduz às condutas dos usuários de drogas internados em comunidades terapêuticas.

Os doze passos das comunidades terapêuticas forjam o tratamento a partir de uma concepção proibicionista e, ao mesmo tempo, afirmam a abstinência como único modo de “lidar” com as substâncias, positivando técnicas que conformam como o sujeito se constituirá e se cuidará. O sujeito produzido por estas técnicas está 'alheio' de si mesmo, já que é um poder superior que o ajudará a alcançar o objetivo da abstinência. Esse assujeitamento, essas práticas conformam e produzem, como vimos, os modos como os usuários de drogas ao serem investidos por essa metodologia, por essas comunidades terapêuticas, acabam por se relacionar consigo e com o mundo conforme as prescrições moralizantes destas instituições.

O entrelaçamento entre os saberes da medicina e da psiquiatria, das práticas manicomiais de internamento, do problema da segurança pública, da moral religiosa (que atualmente no Brasil tem tomado forma político-partidária), encontram, no método de tratamento das comunidades terapêuticas, a prescrição do cuidado dos usuários de drogas que se materializa nos projetos terapêuticos analisados. Ascese, confissão e punição são as características fundamentais dos modos de conformação desse tratamento que constituem o sujeito usuário de droga – sujeito de tratamento das comunidades terapêuticas.

Como vimos anteriormente, a metodologia dos doze passos foi criada nos EUA em 1935 por um corretor da bolsa de valores de Nova Iorque e por um médico. Pessoas que não estavam ligadas a nenhuma religião, mas que criaram um método que se fundamenta em um poder superior e, sendo assim, que pode se ligar às seitas religiosas ou não. A metodologia dos doze passos foi criada por sujeitos conformados pelo modelo econômico norte-americano que estabeleceu um modelo de comportamento a ser consumido, definido previamente, passo a passo. Diferentemente da ascese grega e dos primeiros cristãos, o modelo prevê uma

mudança de comportamento na perspectiva de um modelo socioeconômico, distanciando-se das premissas da moral religiosa e aproximando-se das premissas das sociedades pautadas pela lógica de produção-consumo. A adoção desse modelo de tratamento no Brasil a partir de 2011, portanto, dialoga com o modelo econômico atual e o projeto político para os próximos anos. O Brasil dos próximos anos, é o ator principal no palco dos grandes eventos internacionais, que mobilizam investimentos financeiros externos e internos, e que incidem sobre a política social e econômica estabelecida para a nação.

Após esta discussão sobre o modelo de tratamento das comunidades terapêuticas, a constituição dos sujeitos usuários de drogas internados nessas instituições e a produção de sujeitos de consumo forjados pela lógica neoliberal, iremos passar para o momento final desta dissertação. Nas considerações finais, iremos retomar as problematizações iniciais deste trabalho, desde a constituição da política global de guerra às drogas, passando pela nova configuração da política pública brasileira sobre drogas que possibilitou a entrada das comunidades terapêuticas para a rede do SUS, culminando com uma análise dos efeitos da inserção destas instituições na rede pública de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando me lancei neste trabalho, eu ainda estava muito atravessada pelas minhas próprias verdades. Assim, meu entendimento sobre a política de drogas, passava unicamente pela hegemonia da Redução de Danos enquanto diretriz. Do ponto de vista dos serviços para cuidados de usuários de drogas, os CAPS pareciam ser o local ideal para o tratamento, assim como outras estratégias, pautadas pela Redução de Danos. O momento do credenciamento de comunidades terapêuticas à rede do SUS e o lançamento do denominado “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack” provocaram em mim questionamentos, que transmutaram sob a forma de problema de pesquisa e que se transformou nesta dissertação.

Durante a construção deste estudo, tive a possibilidade de submergir ao momento anterior da constituição de uma política pública pautada pela Redução de Danos. A parte inicial desta dissertação, em que foi apresentado um apanhado histórico sobre as políticas para drogas, que parte do surgimento da política global de guerra às drogas nos EUA e que avança por diversas partes do globo terrestre, incluindo o Brasil, foi a base para consolidar um novo entendimento sobre a condição de possibilidade do repasse de verba pública para as comunidades terapêuticas e de uma nova política para drogas no país.

A partir de minhas próprias verdades, o conveniamento de comunidades terapêuticas com a rede do SUS era impossível. Despindo-me delas, dando muitos passos para trás, a fim de entender o que existia antes da Redução de Danos, deparei-me com o proibicionismo dos EUA, com as deliberações da ONU, com a política pública de segurança brasileira, com o surgimento do AA, com a criação da SENAD, ou seja: encontrei, antes da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, todo um cenário em que, daí sim, o conveniamento de comunidades terapêuticas à rede pública estaria consonante com um modelo pré-existente a essas reformas.

Portanto, o contexto que precede a criação de uma política de saúde mental baseada em preceitos antimanicomiais é configurado por uma lógica proibicionista e moralista, em que nenhum consumo de drogas pode ser visto como possível. A abstinência, sendo assim, era tomada como a única medida cabível. Como meta, a redução da demanda possibilitou a entrada do poderio militar estadunidense em

diversos territórios do globo terrestre, indicando que essa política de guerra às drogas serve aos interesses econômicos e mercadológicos de um país que é uma super potência e que trabalha em prol de sua hegemonia mundial.

Ouso afirmar que a Redução de Danos, que esta política de saúde mental antimanicomial, que inclui o cuidado com os usuários de drogas, parece ter sido uma rachadura no sistema que já estava estabelecido. O fato de, no Brasil, coexistirem SENAD e Ministério da Saúde enquanto órgãos que formulam as políticas públicas sobre drogas, possibilitou a permanência de diferentes perspectivas nas diretrizes da política brasileira. Contudo, a partir do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack” no último ano do governo Lula e com a campanha “Crack, é possível vencer” no governo Dilma, essas perspectivas, que pareciam traçar linhas paralelas entre si, mas sem nunca se cruzar, se convergiram. Nessa convergência, a SENAD elaborou e publicou o plano iniciado no governo Lula e o Ministério da Saúde financiou os leitos nas comunidades terapêuticas.

Conciliadas as duas lógicas – proibicionismo e Redução de Danos – uma outra política brasileira se constituiu. O Ministério da Saúde, além de financiar o credenciamento dos leitos em comunidades terapêuticas, criou um serviço público de acolhimento com caráter residencial para usuários de drogas, como vistas a manutenção da abstinência, conforme a apresentação da campanha “Crack é possível vencer”, como vimos anteriormente. As comunidades terapêuticas, que pareciam entes externos a rede de saúde, que pareciam ser serviços inconjugáveis à rede estabelecida após a Reforma Psiquiátrica, passaram a ocupar o papel principal dentro da “nova política”.

Estamos diante de uma política pautada pela abstinência como meta única, que trouxe a internação em comunidade terapêutica como medida aplicada em larga escala. Portanto, configuração política que traz a comunidade terapêutica para a rede pública. Havendo as comunidades terapêuticas, a política passa a se modificar. Foi no início de 2012 que começamos a ver o estado de São Paulo internar compulsoriamente os usuários de drogas que ocupavam as ruas. Em seguida, o estado do Rio de Janeiro estabeleceu a mesma medida. O advento das comunidades terapêuticas, do recurso da internação de longo prazo em instituições fechadas, possibilitou a implementação de leis como estas em São Paulo e no Rio de Janeiro. As comunidades terapêuticas, dessa forma, estabelecem-se como locais

de tratamento para usuários de drogas através da segregação social. O problema do uso do crack é apontado como um dos fatores de aumento da criminalidade. As comunidades terapêuticas, ao segregar esses usuários, podem ser consideradas como a solução para os crimes que são ditos como decorrentes do uso de crack. Nem hospital, nem cadeia, mas um híbrido dessas duas instituições, se considerarmos os objetivos e o modelo destas instituições. Portanto, o incremento das leis de internação compulsória podem ser entendidas também como efeito da inserção das comunidades terapêuticas no SUS.

As comunidades terapêuticas, em sua governamentalidade, produzem os sujeitos necessários a esse momento socioeconômico brasileiro. Como já foi dito anteriormente, o país tem passado por reformulações em função de que ele será sede de grandes eventos mundiais. Sendo assim, o Brasil necessita de mão de obra qualificada para as grandes obras da copa do mundo, presentes nas cidades-sede, incluindo Porto Alegre. Além disso, o país precisa de segurança pública para receber uma grande população de turistas e, portanto, o tráfico de drogas precisa enfraquecer. As ações de pacificação no Rio de Janeiro também podem ser apontadas como medida deste projeto de governo. Mas não basta enfraquecer o tráfico, é preciso tirar o consumidor de circulação, evitando que ele tenha acesso à droga.

É importante ressaltar que, em nenhum momento, a dispensação de cuidados e tratamento para os usuários de drogas é negada. Muitas pessoas têm problema com o uso de drogas e necessitam de atendimento especializado. Contudo, é o modelo de tratamento e essa conformação política que está em questão. Se a redução de danos, enquanto biopolítica, conforma sujeitos usuários de drogas que tenham controle sob seu próprio uso e que façam escolhas que, justamente, evitem maiores danos, a atual política não deixa espaço para isso.

A metodologia de tratamento nas comunidades terapêuticas, em suas práticas ascéticas, confessionais e punitivas, busca forjar sujeitos economicamente produtivos, inserindo-os novamente na lógica de consumo do neoliberalismo. Assim, além dos efeitos legislativos e jurídicos desta inserção, como já vimos, as comunidades terapêuticas conformam modos de subjetivação. A subjetividade, de acordo com Silva e Mélo (2011), é o resultado do processo de produção contínuo investido na conformação de modos de existência, incluindo as maneiras de agir e

sentir. Portanto, a subjetividade é resultante de uma processualidade decorrente de um plano histórico-político. Para que se possa compreender “o que somos”, precisamos entender como se constituíram as práticas contemporâneas que emergiram das relações de poder articuladas no decorrer da história.

Esse foi o movimento para a construção deste estudo. Procuramos conhecer e compreender como se constituíram as atuais políticas públicas sobre drogas, como se deu o encontro dessas políticas públicas com as comunidades terapêuticas, para compreender como foi possível o estabelecimento desta configuração de tratamento, neste momento da história do país. Além disso, buscamos compreender que sujeitos as comunidades terapêuticas produzem, ou seja, quais os modos de subjetivação essas instituições produzem através de suas práticas, sendo que muitas delas, também, são práticas da psicologia. Espero que esta construção possa servir para outras construções, tão necessárias neste campo, que estejam por vir. E que elas venham, para que possamos avançar na discussão dos efeitos da atual configuração das políticas públicas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sergio.; JORGE, Marco Aurélio S.(Orgs.) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____.; BELMONTE, P.; JORGE, M. O campo de atenção ao dependente químico. In: ALARCON, Sergio. JORGE, Marco Aurélio S.(Orgs.) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ALCOOLICOS ANÔNIMOS. Disponível em: <www.alcoolicosanonimos.org.br>. Acesso em: 14 jun. 2012.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2012.

ANVISA. **Resolução – RDC nº 101**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2001. Disponível em < http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm> Acesso em 10 fev. 2012.

BAPTISTA, L. A. **A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades**. São Paulo: Summus, 1999.

BRASIL. **Decreto Lei 6368**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 1976. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>> Acesso em: 08 dez. 2011.

_____. Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde. In: Conferência nacional de saúde, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-415.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 20 out. 2011.

_____. **Medida Provisória 1689**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1689-6.htm> Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 10216, de 06 de abril de 2001**. Oficial da União (Brasília, DF), 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 27 out. 2011.

_____. Conferência nacional de saúde mental 3, 2001, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/blob/85.pdf>> Acesso em 15 out. 2011.

_____. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde: Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas – PNAD**. Diário Oficial da União. Brasília, 2004 Disponível em: <www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../326979.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

_____. Projeto de Lei da Câmara dos Deputados Federais 122/2006. Disponível em: <<http://www.plc122.com.br/>>. Acesso em: 03 nov. 2012.

_____. **Decreto Lei 7179**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 20 out. 2011.

_____. **Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_comu_terapeuticas.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2011.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, abr. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2012.

BURGIERMAN, D. R. **O fim da guerra**: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya, 2011.

CARNEIRO, H. S. As drogas e a história da humanidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, ano 6, n. 6, nov. 2009.

CARVALHO, S.de. **A política criminal de drogas no Brasil (estudo criminológico e dogmático)**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CARVALHO, A. M. T. Higiene e eugenia: brevíssima genealogia da trama discursiva antialcoólica no Brasil. In: ALARCON, Sergio. JORGE, Marco Aurélio S.(Orgs.) **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CASTRO, E. Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CENTRO DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL APRENDENDO A VIVER. Disponível em: <<http://www.aprendendoaviver.com/>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA FERRABRAZ. Disponível em: <<http://www.comunidadeferrabraz.com.br/>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV CNSM. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf> Acesso em 21 out. 2011.

CRACK, É POSSIVEL VENCER. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

DE LEON, G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003. RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 3, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 dez. 2011.

DELMANTO, Julio; MAGRI, Marco. O enfoque na mudança de mentalidade como arma para suplantar o proibicionismo. In: **Álcool e outras drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6 região. São Paulo: CRPRS, 2011.

DONEDA, D. Os rumos das ações voltadas à redução de danos e à abstinência. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, ano 6, n. 6, nov. 2009.

DREIFUSS, R. A. **1964**: a conquista do estado – ação política, poder e golpe de classe. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

DREYFUS, H; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Figuras de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

EM DISCUSSÃO – REVISTA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS DO SENADO FEDERAL. Ano 2, n.8, p. 59, ago. 2011.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1995.

FAZENDA RENASCER. Disponível em: 12 ago. 2012.

FAZENDA DO SENHOR JESUS. Disponível em: <<http://www.pactopoa.com.br/>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

FRANCH, M. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio S.(Orgs.) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FONSECA, M. A. Para pensar o público e privado: Foucault e o tema das artes de governar. In: RAGO, M. VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Figuras de Foucault**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **História da Loucura**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 37. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010a.

_____. **Do governo dos vivos: curso no collège de France, 1979-1980:** excertos/Michel Foucault; tradução, transcrição e notas Nildo Avelino. São Paulo: Centro de Cultura Social; Rio de Janeiro: Achiamé, 2010b.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito.** 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010c.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FRACASSO, L. Comunidade terapêutica: uma abordagem psicossocial. **Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social - Educando e Transformando Através da Educação Física**, 2008. Disponível em: <<http://www.fef.unicamp.br/bibli/Encontrointerdisciplinar/Texto%202%20Laura.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2012.

GOLDBERG, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2 edição, 1996.

GOMES, B.; CAPPONI, M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: **Álcool e outras drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6 região. São Paulo: CRPRS, 2011.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. . In: RAGO, M. VEIGA-NETO, A. (Orgs). **Figuras de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GUARESCHI, N. M. F.; LARA, L.; ADEGAS, M. Políticas Públicas entre o sujeito de direitos e o Homo Oeconomicus. **Psico**. V.41, n.3, jul/set. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8163/5854>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KOUTOUSIS, M.; PEREZ, P. Atlas mondial des drogues. Paris: PUF, 1996. *Apud* ALARCON, Sergio. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sergio. JORGE, Marco Aurélio S.(Orgs) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MACHADO, A.; MIRANDA, P. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, ciência, saúde**, Rio de Janeiro. v.14, n.3, p.801-821, jul./set. 2007.

MARIANO, R. **Religião e Política**: a instrumentalização recíproca. Entrevista à Revista do Instituto Humanitas Unisinos, ano XII, n. 407, 05 de novembro de 2011. Disponível em

<http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4736&secao=407>. Acesso em: 10 fev. 2013.

MATOS, M. I. S. **Meu lar é o botequim**. São Paulo: Nacional, 2001.

MAYER, R. T. R. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, L. M. B. (Org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

MELCOP, A. G. T. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MESQUITA, F. Políticas públicas de drogas: A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. 2004. Disponível em <<http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=4>> *apud* GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: em 05 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos**. Saúde e Cidadania. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 376. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2000. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-376.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

_____. **Portaria nº 511**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2000. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-511RP.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

_____. **Portaria SAS/189**, de 20 de março de 2002. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2012.

_____. **Portaria GM/2391**, de 26 de dezembro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em 12 jul. 2012.

_____. **Portaria GM/336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>.
Acesso em: 15 set. 2012.

_____. **Portaria nº 121**, de 25 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>.
Acesso em: 10 fev. 2012.

MENEZES, M. S. C.. **Prevenção com amor exigente**: antes que coisas ruins aconteçam. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2010.

MONTAÑO, C. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Revista Lutas Sociais**, São Paulo, v. 8, jun. 2002. Disponível em <http://pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf> Acesso em 12 fev. 2013.
MORAES, Thiago Drumond; NASCIMENTO, Maria Lívia do. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 7, n. 1, jun. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NUNES, D. C. *et al.* “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas..” In: SANTOS, L. M. B. (org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. de Q.. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, ago. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20 dez. 2011.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 2, abril. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2011.

PETUCO, D. Pra não dizer que não falei de drogas: o cuidado de pessoal que usam drogas e a luta antimanicomial. In: SANTOS, L. M. B. (Org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Diretrizes de governo**. Disponível em:
<<http://www2.planalto.gov.br/presidenta/diretrizes-de-governo%3E>>. Acesso em: 26 jan. 2013

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C.. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 24, n. 3, Sept. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2012.

ROMANINI, M.; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2013.

SABINO, N. D. M.; CAZENAVE, S. O. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, abril. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 17 dez. 2011.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, v.20, n.3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a16.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

SCISLESKI, A. GUARESCHI, N. M. F. Governando a vida: (pro)vocações para a psicologia. In: GUARESCHI, N. M. F. *et al* (orgs.) **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SENAD. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. Disponível em: <www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../327615.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011.

SILVA, A. A. MÉLLO, R. P. Subjetivação e governamentalidade: questões para a psicologia. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23 – n.2, p. 367-388, Mai./Ago. 2011.

SIQUEIRA, D.. Construindo a descriminalização... In: SANTOS, L. M. B. (org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SOARES, C. L.. Pedagogias do corpo: higiene, ginásticas, esporte. In: RAGO, M. VEIGA-NETO, A. (orgs). **Figuras de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

STRONACH, B. Álcool e redução de danos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VALDERRUTÉN, M. del C. C. Entre "teoterapias" y "laicoterapias": comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, abr. 2008. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 dez. 2011.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas – nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! In: SANTOS, L. M. B. (org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VIVÊNCIA. REVISTA BRASILEIRA DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. Ano 26, n.1, jan./fev. 2011.

ZALUAR, A. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1994.