

Atendimento terapêutico ou modelos que confinam? Comunidades Terapêuticas em xeque

Therapeutic atrance or models that confinin?
Therapeutic Communities in question

Ricardo Pimentel Mélllo; Morgana Moura; Dolores Galindo

Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal de Mato Grosso

RESUMO:

Este ensaio problematiza as políticas de enclausuramento e docilização que orientam as comunidades terapêuticas voltadas ao pretenso tratamento de pessoas que usam substâncias psicoativas consideradas drogas pelo Estado. Adota como analisador o modelo terapêutico utilizado pela maior rede de comunidades terapêuticas do Brasil, a Fazenda da Esperança. As reflexões são tecidas em uma conversa com aportes teóricos antimanicomiais e da análise institucional. Argumenta-se pela importância de terapêuticas que potencializam, em contraposição às práticas de confinamento e docilização, as quais cada vez mais se fortalecem como modelos norteadores das políticas sobre drogas, no Brasil.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Políticas das drogas; Análise institucional.

ABSTRACT:

This essay problematizes the enclosure and docilization policies that guide the therapeutic communities involved in the alleged treatment of people who use psychoactive substances considered drugs by the State. It adopts as analyzer the therapeutic model used by the largest network of therapeutic communities in Brazil, Fazenda da Esperança. The reflections are woven into a conversation with contributions from the expanded clinic and institutional analysis. We argue for the importance of therapies for desirable bodies that potentiate in opposition to the practices of confinement and docilization that are increasingly being strengthened as models for the drug policy in Brazil.

Key-words: Therapeutic communities; Drug policies; Institutional analysis.

Introdução

Seguindo na contramão das propostas de Redução de Danos que norteiam, em saúde mental, os modelos de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, as políticas governamentais sobre drogas oriundas do Ministério da Justiça são sistematicamente construídas sob perspectivas proibicionistas, conhecidas como “guerra às drogas”, com duas consequências: 1) o consumo de drogas é “patologizado” pelo viés médico-psiquiátrico; ou 2) o consumo de drogas é “penalizado”, apontando aqueles

que usam drogas consideradas ilícitas como passíveis de serem submetidos a medidas penais, dentre as quais se inclui a obrigatoriedade de frequência a “tratamento”.

Este ensaio tem como objetivo problematizar a política de enclausuramento adotada para o pretense tratamento de pessoas usuárias de drogas, ao financiar e fortalecer instituições denominadas comunidades terapêuticas (CTs). Para isso, partindo do estudo de caso, com a análise de uma das maiores redes de comunidades terapêuticas do país, a “Fazenda da Esperança”, traçam-se articulações dos aportes teóricos antimanicomiais em confluência com um olhar antiproibicionista.

Fortalecimento da patologização na política de guerra às drogas

O modelo proibicionista de guerra às drogas desenhou um modo de intervenção que atravessou a produção, a distribuição e o consumo, com disciplinamento, vigilância e confinamento principalmente dedicados ao controle de certos “[...] grupos sociais ameaçadores à ordem interna como negros, hispânicos e jovens pacifistas” (RODRIGUES, 2003, p. 259), tornando o hábito de usar drogas alvo de moralismos. A essa lógica repressiva une-se certa orientação moral-religiosa, num processo de demonização de certas drogas e, conseqüentemente, das pessoas que as usam: “Chegam, geralmente, tomados pela droga. Usuários e familiares. É como se mais nada existisse. Querem sair disso, sem nem ao menos se perguntarem por que entraram. Está posto, é do destino ou da tentação, obra e graça do diabo. A diabolização é um mito associado às toxicomanias e creditado por aqueles que pensam poder banir as drogas do mundo.” (RÊGO, 2009, p. 207).

A partir de 2010, com o Decreto nº 7.179, o governo federal investiu, politicamente e financeiramente, por meio de uma série de ações que acabaram por reforçar essa política proibicionista, elaborando o Plano Nacional de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas e tendo, como um dos principais projetos desse plano, o “*Crack: é possível vencer*”, ação que foi realizada sob pressão da bancada religiosa e de políticos proibicionistas. Tais ações incluíram, como serviços de saúde, alguns equipamentos oferecidos geralmente por instituições religiosas, os quais propõem como modalidade de atendimento a internação e a abstinência total. Conhecidas como comunidades terapêuticas, nesse novo planejamento de política, esses equipamentos passaram a receber financiamento estatal, mesmo indo em sentido contrário a toda a luta mundial de acolhimento a usuários de saúde em estratégias de Redução de Danos e em

equipamentos que se contraponham a ambientes manicomiais de clausura (RODRIGUES, 2003; SOUZA, 2007).

Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em censo efetuado no final de 2011, em parceria com Universidade Federal do Rio Grande do Sul, existem no Brasil quase 1.800 comunidades terapêuticas em funcionamento. Porém, estima-se que há a probabilidade de esse número chegar a 2.500 ou 3.000 (OBID, 2007), das quais somente 370 são reconhecidas pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID, s/d).

A regulamentação e a expansão das CTs acontecem atuando em oposição ao movimento antimanicomial, ignorando as singularidades vividas pelas pessoas que fazem uso compulsivo de drogas, por meio de um dispositivo que articula criminalização, patologização e demonização de usuários de drogas, sejam os usos recreativos, sejam os usos compulsivos.

Para entender a ascensão desses serviços, há de se considerar que o discurso em torno de sua criação vem respaldado por uma trajetória histórica avessa aos atuais modelos de atendimento ofertados. Em consonância com as propostas de reforma psiquiátrica, a qual se deu no mundo ocidental a partir de meados do século XX, instituições denominadas comunidades terapêuticas emergiram como estratégia de tratamento proposta pelo psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, que se radicou na Inglaterra, depois de ter morado na Escócia e EUA. Jones criou o modelo de tratamento de comunidade terapêutica com a finalidade de desarticular o modelo hierárquico hospitalocêntrico, em vigência após a Segunda Guerra Mundial.

Pautadas pela ênfase na reabilitação ativa e na democratização, naquele modelo primário de Jones, as comunidades terapêuticas eram configuradas como espaços de protagonismo do usuário (AMARANTE, 1995). Todavia, Cooper (1967) já advertia, na década de 1960, que as CTs ainda buscavam centrar suas ações no espaço asilar, construindo uma convivência comunitária artificial.

Já no Brasil, as CTs se estabelecem como equipamentos emblemáticos de modelos de internação e clausura e, ainda, como organizações assistencialistas, fixando-se em tratamentos relacionados ao uso de drogas. Geralmente baseada na pedagogia norte-americana dos 12 passos, a proposta das CTs inviabiliza a criatividade em relação a ações de atenção à saúde para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas (RIBEIRO; MINAYO, 2015). Vê-se, nessa configuração, a conjugação dos traços da

Psiquiatria preventivista norte-americana, respaldada pela sociologia do desvio e do comportamento antissocial, com o ranço disciplinador, o qual marca as práticas de reclusão adotadas por essas organizações.

Mesmo após toda a mobilização do movimento de trabalhadores em saúde, entre o final da década de 1980 e metade dos anos 1990, para se abolir modelos hospitalocêntricos, que culminou com a proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil, aliada a práticas de Redução de Danos (AMARANTE, 1995; LANCETTI, 2014; SOUZA, 2007), as CTs passaram a se solidificar e expandir, por meio de articulações políticas que visavam (e ainda visam) a uma crescente expropriação do capital destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A exemplo disso, a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, instituiu oficialmente “[...] incentivo financeiro de custeio destinado” a Serviços de Atenção em Regime Residencial, que incluem as CTs (BRASIL, 2012a).

Anteriormente, o serviço oferecido pelas CTs já havia sido normatizado pela ANVISA (RDC-ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001), caracterizando essas instituições como serviços urbanos ou rurais de regime residencial, para atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, seguindo um programa terapêutico adaptado às demandas de cada caso (ANVISA, 2001).

Como essas entidades não conseguem se adequar ao gênero de serviços de atenção à saúde em regime residencial, previsto pelas normativas do Ministério da Saúde, elas passam a ser contempladas por políticas de governo via Ministério da Justiça (MJ), já que se vinculam à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça. Por essa via, elas se infiltram na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prometendo cura e salvação, respaldadas pelo modelo de abstinência total, associando-se ao discurso médico-psicológico de patologização da vida, corroborado pelos manuais de doenças psiquiátricas (GALINDO et al., 2015). Passam a ser coadjuvantes da condenada internação compulsória, inclusive do que podemos denominar “compulsoriedade consentida”, quando a internação é solicitada pela própria pessoa que está com problemas, por intermédio ou não da família.

O Ministério da Saúde, o qual vinha evitando oficializar o serviço de CTs até então, por orientação de seus técnicos e pesquisadores do campo, baixa uma Portaria, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, a Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, que inclui as CTs na “Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: “§1º Para efeitos desta Portaria, são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as comunidades terapêuticas.” (BRASIL, 2016).

Comunidades Terapêuticas na contramão da luta antimanicomial

Em oposição às lutas antimanicomial e antiproibicionista, com a transição de governo após a retirada da presidenta eleita, o governo pós-Golpe (2016-) passa a intensificar as ações de apoio às CTs, retribuindo os votos das bancadas retrógradas, tais como a “Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas” e a “Frente Parlamentar da Medicina”.

A “Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas”, criada em abril de 2015, cujas articulações evidenciam alianças políticas atreladas a origens religiosas, contribui para incrementar as campanhas de políticos, a partir da mobilização de fiéis que acabam se tornando seus eleitores, fazendo de um tema tão importante, como o uso compulsivo de drogas, fator de mobilização nacional pela mídia e parlamento, para incrementar políticas contrárias à redução de danos e à luta antimanicomial. Nossa preocupação com essas articulações político-religiosas está na emergência de propostas e ações moldadas por posturas morais, as quais possam repercutir nas normas jurídicas que vão na contramão dos direitos humanos e de métodos terapêuticos reconhecidamente científicos, sem avaliações capazes de comprovar a eficiência dessas organizações como equipamentos de saúde.

Dentre as ações desencadeadas por essa articulação política, nessa nova gestão nacional, houve trocas ministeriais que impactaram significativamente a política sobre drogas. Uma delas foi a nomeação de Ricardo Barros para o Ministério da Saúde, que, em seus primeiros pronunciamentos, sugeriu a proposta para a saúde de criação de um “plano de saúde popular”, cuja ideia principal seria a de diminuir as exigências mínimas impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no que diz respeito à cobertura dos planos de saúde. A proposta, a qual não traz recursos para o setor, mas favorece economicamente as administradoras de benefícios de saúde, foi amplamente questionada pelo Conselho Nacional de Saúde e demais entidades em defesa do Sistema Único de Saúde. Cumpre destacar que, para reeleição de deputado federal de 2014, Ricardo Barros recebeu a maior doação para sua campanha eleitoral das mãos de Elon Gomes de Almeida, presidente da administradora de benefícios de saúde Aliança e que

também atuou como presidente da Frente Parlamentar da Indústria Pública de Medicamentos.

Quanto às ações da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, principal instância de saúde responsável pelo atendimento às pessoas com problemas decorrentes do uso nocivo de drogas, essa ficou sem indicação de um responsável por quase um ano, até fevereiro de 2017, quando foi nomeado para o cargo de coordenador o psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, cujas declarações e ações são favoráveis ao retorno da lógica manicomial. No início de 2018, Gilberto Occhi assume o Ministério da Saúde, sob investigações de corrupção devido a seu antigo posto de presidente da Caixa Econômica Federal.

Já na área socioassistencial, houve a nomeação do médico Osmar Terra como ministro da pasta agora intitulada Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário (MDS). Dentre as primeiras alegações do novo ministro, no que concerne à demanda de álcool e outras drogas, surgiu seu posicionamento proibicionista e uma declaração de ser favorável às estratégias de punição aos usuários como forma de cessar o consumo de drogas. Como deputado federal, Osmar apresentou um projeto de lei (PL 7663/2010) que define as condições de atenção ao usuário, incluindo as internações compulsórias e parcerias com instituições privadas. Cumpre destacar que sua campanha eleitoral para deputado estadual teve, como principal financiador, a Associação de Indústria Farmacêutica e de Pesquisa.

Seguindo a lógica proibicionista, Osmar Terra se autoindicou para representante do MDS no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e indicou Miguel Tortorelli para a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD). Além de firmar um posicionamento proibicionista e medicalizante quanto às ações do CONAD, a indicação de Tortorelli evidenciou uma estratégia retrógrada, de caráter mercadológico, atrelada às propostas de intervenção na redução de demanda. Tortorelli é vice-presidente do Amor Exigente, entidade que atua desde a década de 1980 com programa de apoio e orientação a familiares de dependentes químicos, incluindo a manutenção de instituições autodenominadas comunidades terapêuticas.

A SENAD é uma pasta do Ministério da Justiça, ministério guiado a princípio por Alexandre de Moraes, o qual indicou para o cargo de coordenador da SENAD o coronel da Polícia Militar Roberto Allegretti, reafirmando a aproximação com o viés militar e criminalizante para lidar com a política de drogas no país. Com a nomeação de Alexandre de Moraes para o Supremo Tribunal Federal, o Ministério da Justiça passa a

ser gerido por Osmar Serraglio, que nomeia Humberto Viana, também oficial da Polícia Militar, para substituir Allegretti, mantendo a linha militarizante para a articulação de uma política multifatorial.

Avaliando o processo histórico de emergência das CTs, no país, Brito Neto (2015) destaca que, na década de 1970, as entidades religiosas que iniciaram o trabalho de acolhimento daqueles que tinham “problemas” com drogas permaneceram atuando de forma concomitante ao processo de Reforma Psiquiátrica e substituição dos leitos pelo atendimento nos CAPS. Com a estabilização de uma bancada parlamentar fundamentalista no Congresso Nacional, os serviços desenvolvidos pelas instituições religiosas ampliaram suas margens de atuação, por haver entidades vinculadas a membros dessa bancada, em detrimento de maiores investimentos em serviços públicos de atenção psicossocial, reforçando a patologização do usuário de drogas, em confluência com sua criminalização.

Comunidades Terapêuticas, estabelecimentos de saúde?

Com as mudanças no cenário político nacional, as CTs se fortaleceram, com o agravante de que essas organizações, as quais não tinham vínculo com o sistema de saúde, por não terem esse perfil, acabaram sendo incluídas em programas governamentais que receberam e recebem verbas do sistema de saúde, por força da pressão da bancada fundamentalista e organizações religiosas, e não por uma proposta reconhecida no meio acadêmico-científico. A gravidade disso é que assumem características radicalmente distintas dos princípios da luta antimanicomial que visam à autonomia e ao protagonismo do usuário na atenção em saúde (PERRONE, 2014). Mesmo assim, nos últimos vinte anos, as CTs cresceram e espalharam-se em nosso país de modo absolutamente desregulado.

A contradição é enorme, porque o Ministério da Saúde tem políticas explícitas, incentivando projetos de Redução de Danos e incentivando a Reforma Psiquiátrica, contrapondo-se a ambientes manicomiais, como, por exemplo, a criação dos CAPS AD III (BRASIL, 2012b), funcionando por 24 horas. Porém, nunca existiu o devido investimento na criação e expansão desses serviços públicos especializados, exibindo-se dificuldades quanto ao acesso e ao acolhimento de pessoas que fazem uso compulsivo de drogas.

Tais dificuldades servem de justificativa para o apoio à propagação das CTs, como modelos prioritários para “suprir” uma “falha” provocada por toda essa política de desarticulação do sistema público de saúde. Deve ficar claro que, mais do que nunca, o governo federal está desmontando o SUS e os CAPS e investindo em modelos privatistas e manicomial, os quais sequer têm competência para atuar como equipamentos de saúde, especialmente por conta de articulações politiqueras e não por estarem adotando políticas de saúde comprovadamente científicas.

A SENAD lançou um edital, em 2014, de contratação de vagas em CTs, tendo divulgado, em 2015, que, por meio desse edital, foram contratadas 371 CTs, gerando 8.034 vagas pelo Brasil (BRASIL, 2015). Apesar do emprego de dinheiro público, a SENAD não possui estudos sobre todos esses serviços, nem tampouco descrição dos trabalhos desenvolvidos que justifiquem esse investimento com financiamento público de um repasse de quase 300 milhões, no biênio 2015-2016. No início de 2018, foi lançado novo edital de credenciamento de CTs pela SENAD, com o propósito de atender 12 mil usuários, a um custo de 1100 a 1500 por pessoa ao mês, pelo período de 12 a 24 meses (BRASIL, 2018).

Nesse movimento de desmonte, no final de 2017, é aprovada uma resolução do Ministério da Saúde, com o propósito de fortalecimento da RAPS, mas ampliando o poder de atuação manicomial, ao considerar como ponto de atenção os Hospitais Psiquiátricos Especializados e fortalecer a parceria interministerial em relação ao apoio às CTs (BRASIL, 2017).

Vale ainda lembrar que a grande maioria das Comunidades Terapêuticas oferecem algum tipo de serviço religioso e são administradas por instituições religiosas. A religiosidade aparece como uma ferramenta basilar para essas CTs, no que chamam de tratamento à “dependência de drogas”, muitas vezes sendo colocada de forma impositiva, como denunciou o relatório do Conselho Federal de Psicologia, em 2011 (CFP, 2011). Nesse documento, há descrição de diversas violações encontradas pela equipe de inspeção, tais como: interceptação e violação de correspondências, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV (exigência inconstitucional), violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo religioso, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras.

Em 2017, foi realizada nova inspeção nacional em CTs pelo CFP, em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Ministério Público

Federal (CFP; MNPCT; MPF, 2018), que mostrou a continuidade dessas violações, além de descrever o *modus operandi* dessas instituições, com aperfeiçoamento de modelos de “resgate” para situações de fuga ou internações à força, configurando um sistema de cárcere privado.

Tudo isso mostra que tais instituições atuam mais como um empreendimento moral e menos como um serviço de saúde, amparadas no argumento de falha do Estado em cuidar da saúde, para colaborar com a privatização dos sistemas públicos pelos financiamentos em edital, sob o véu de estarem agregando serviços complementares à rede de atenção psicossocial.

Uma fazenda proibicionista em tempos de liberdades cerceadas

Vamos ao exemplo do que estamos afirmando sobre comunidades terapêuticas, a partir da análise de uma das maiores redes de CTs do Brasil, a “Fazenda da Esperança”. Primeiramente, faremos um breve relato sobre sua emergência e, depois, centraremos nossas análises no processo terapêutico da CT, considerando três analisadores: o trabalho, a convivência em comunidade e a espiritualidade.

Empregamos, como material de estudo, documentos disponibilizados pela instituição, em sua página eletrônica, sobre sua proposta de processo terapêutico. Para essa análise, guiamo-nos pela junção dos aportes teóricos antimanicomiais (AMARANTE, 1995; LANCETTI, 2014, 2015; SOUZA, 2007) e dos questionamentos sobre as estratégias de docilização dos corpos (FOUCAULT, 2007, 2008a, 2008b; GALINDO et al., 2015), a fim de pensarmos as estratégias de controle dos corpos, por meio de estratégias “incorpóreas” que têm alcance imediato sobre os corpos, ao sujeitá-los ao trabalho e obrigá-los a cerimônias. Em confluência com as proposições da análise institucional (LOURAU, 2014), adotamos ainda, na análise documental, analisadores institucionais considerados importantes instrumentos metodológicos que, em análise, possibilitam deixar à mostra vínculos e normas sociais que nelas são construídos, moldando e controlando sujeitos, como se fossem máquinas de produção em série. De acordo com Lourau (2014), o analisador permite fazer surgir com mais força uma análise, passando a ser notável “a instituição invisível”.

O foco do trabalho de análise se centrou no documento intitulado *Metodologia*, no qual a instituição expõe o que nomeia de processo pedagógico de recuperação (FAZENDA DA ESPERANÇA, Metodologia, s.d. a). Foi também considerado na

análise, o relato da história da instituição (FAZENDA DA ESPERANÇA, Nossa História, s.d. b), a fim de contemplar as condições de emergência desse dispositivo, situando-o historicamente no cenário brasileiro. Por fim, acrescentamos à análise o documento que descreve as condições para ingresso nessa CT (FAZENDA DA ESPERANÇA, Recuperação, s/d. c), que explicita a atuação das normas, na condução e cerceamento de corpos e vidas.

Conduzida por preceitos católicos, a Fazenda da Esperança surgiu por iniciativa de frei Hans Stapel e de Nelson Giovanelli Rosendo dos Santos, na década de 1980, com a finalidade de atender à demanda de jovens “dependentes químicos”, no interior de Guaratinguetá – SP, com a proposta de orientar a adoção de um novo estilo de vida pela “vivência concreta do evangelho”. De caráter beneficente, a CT teve ampla visibilidade com a visita do papa emérito Bento XVI, em 2007, viabilizando a rápida proliferação de unidades filiais, não somente pelo Brasil, mas em outros países na Europa, Ásia, África e América Latina (FAZENDA DA ESPERANÇA, s/d. b).

A CT faz o atendimento de pessoas com idade entre 15 e 45 anos, de caráter voluntário, por 12 meses, guiando-se por um “processo pedagógico” iniciado com uma autodeclaração do usuário: “Quem pretende enfrentar esse desafio dá o primeiro passo mediante uma carta escrita de próprio punho, manifestando os motivos da sua vontade de buscar vida nova. [...] O candidato recebe uma explicação dos procedimentos e das regras a serem seguidas [...]. No dia da entrevista, são exigidos documentos, exames médicos e sobriedade. O acolhimento é feito pela equipe de coordenação local e depende principalmente da disposição pessoal e vontade de se recuperar, demonstradas pelo candidato.” (FAZENDA DA ESPERANÇA, s/d. c).

Com essa descrição, observa-se que o processo de internação implica algumas medidas que são prévias à entrada da pessoa, na CT. Não obstante verbalizar a “vontade” de se internar, a pessoa ainda deve legitimar esse fato, com declaração de “próprio punho”. Do mesmo modo que na constituição de um processo jurídico, vemos que o processo de normalização disciplinar se dá estrategicamente em etapas, sempre como um processo concomitante ao de produção de um “infrator” (SILVA; MÉLLO, 2012, p. 212). Nesse caso, o “infrator” é um “drogado”, “dependente”.

O dispositivo da confissão que está em jogo, no contrato a ser firmado para ser institucionalizado na Fazenda, pode ser assim caracterizado: “A confissão exige um ‘voltar-se para si’, exige o estabelecimento de uma relação do jovem consigo mesmo que, ao mesmo tempo em que o faz criar verdades sobre si, o constitui nessas verdades,

tornando-o sujeito nos dois sentidos atribuídos por Foucault (1995) a este termo: a) sujeito ao controle e ao poder daqueles que passam a reconhecer sua experiência de si, que também se constitui nas confidências; e b) preso a uma identidade em função de um autoconhecimento.” (SILVA; MÉLLO, 2012, p. 214).

Nesse processo, a adesão voluntária ao processo da instituição pode ser colocada em dúvida, haja visto que as exigências determinadas para ingressar na CT começam com um método de culpabilização, seguido da certificação médica, via exames, de que a pessoa está sóbria.

Após ter vencido a etapa da confissão, a pessoa é considerada habilitada a ser inserida no “processo pedagógico” da Fazenda da Esperança. Avançamos, agora, no exame dos três analisadores que atuam metodologicamente como operadores de visibilidade à institucionalização dos corpos, dissimulados pelo conceito de “recuperação”, também usado em terapêuticas de outras comunidades terapêuticas: trabalho, convivência em comunidade e espiritualidade.

O trabalho (labor) obrigatório de oito horas diárias é descrito como terapeuticamente relevante, para “restabelecer” a força, a criatividade e a autoestima do interno, sob o pretexto de que “[...] ajuda a mudar a mentalidade desenvolvida nos anos perdidos no mundo da droga e do álcool.” Respalado pelo discurso médico-psicológico, o trabalho é apresentado como “laborterapia” ou “terapia ativa”; todavia, incide como uma estratégia disciplinar que busca aumentar a força do corpo e ampliar sua utilidade, na mesma medida em que o dociliza e diminui essa força, em termos políticos de rebeldia e insubmissão (FOUCAULT, 2007).

Tornando o sujeito apto à produtividade cotidiana, por meio do processo laboral, segundo os moldes capitalistas que consideram útil só quem produz riquezas (para o Estado e para os donos do capital ou de CT), vemos o princípio de não-ociosidade como modelo de uma “recuperação eficiente”, sem considerar efetivamente as estratégias de enfrentamento do sofrimento, através da elaboração de um articulado Projeto Terapêutico Singular¹ (BRASIL, 2007). Nesse processo, não se leva em conta que o trabalho pode ampliar o seu sofrimento, desorganizando seus sistemas defensivos (DEJOURS, 1987). A obrigatoriedade do trabalho escapa aos modelos de propostas terapêuticas singulares, no atendimento de pessoas na situação de uso compulsivo de drogas, como define o Ministério da Saúde, confundindo trabalho com terapia.

O segundo analisador que sustenta o método usado pela Fazenda da Esperança é a “convivência em comunidade”. Consideram que, “[...] na vida anterior, a convivência encontrava-se em situação de calamidade”, e que o interno precisa “reaprender” a conviver. Isso significa: evitar discussões, desentendimentos, falta de compreensão, brigas com amigos e famílias. Os relacionamentos internos estão de tal forma estruturados que todas as atividades devem ser realizadas coletivamente: “No quarto residem em grupo, nas refeições alimentam-se todos juntos, não há trabalho individual, 90% dos momentos de lazer são de jogos e atividades grupais, [...], mesmo [quem] se retira para a capela é para criar um relacionamento com Deus.” (FAZENDA DA ESPERANÇA, s/d. a).

Novamente, em vez de um projeto terapêutico, vemos que no “conviver em comunidade” se reafirma a proposta de controle de todas as atividades e do tempo. Eis o poder pastoral traduzindo-se em vigilância para o “resgate” do “bom” conviver, leia-se: laços sociais, só os considerados aceitáveis, guiados por estratégias de controle e vigilância constantes, pelos monitores, por outros internos ou até mesmo por Deus. E deturpa-se o conceito inicial de comunidade, advindo das comunidades terapêuticas anglo-saxãs, porque a convivência não era por estas impostas. Vemos, de fato, a idealização da convivência humana, como se a CT isolada pudesse se tornar uma espécie de paraíso perdido, sem discórdias ou pecados, onde “os dependentes de drogas” aprenderão a ter uma vida equilibrada, consumando o processo civilizatório.

E, do ponto de vista do tratamento, novamente se vê que não há suporte teórico, pois se parte do princípio comum e banal de que, se alguém faz uso compulsivo de drogas, é porque lhe faltava “boa convivência”. Sequer notam as dezenas de centenas de estudos, no campo da Psicologia e Psicanálise, que se debruçam sobre esse problema, denunciando que é inútil tratar o sintoma, desconhecendo-se todos os vetores sociais e inter-relacionais que levam alguém a esse uso compulsivo de drogas. Desconsidera-se que temos de lidar com um desamparo, importante, advindo da valorização da razão pela modernidade, que nos levou a inúmeras armadilhas, dentre as quais a de nos sentirmos como humanos impotentes e em falta, o que pode nos conduzir a diversos atos sintomáticos que nos imobilizam e impedem uma vida criativa (MÉLLO, 2008). Por meio do isolamento, tenta-se criar um ambiente de sequestro da dor e do sofrimento, através da disciplina e resignação. Nega-se nosso desamparo formativo, numa espécie de “ilusão biográfica” (BOURDIEU, 1986) de que podemos ser “um”: como se nossas vidas fossem um conjunto de acontecimentos de uma existência

individual concebida como uma urna histórica, onde depositamos relatos coerentes. O resultado é a proposta de uma terapêutica ortopédica, no sentido de evitar o confronto com nossas “deformidades” e “anormalidades”, melhor dizendo, com nossas angústias. Nesta e em outras CTs, não se admitem o que chamam de “recaídas”.

Reafirmamos que não basta mudar o sintoma e, por isso, não podemos aceitar um manejo clínico baseado em pressupostos moralizantes e que têm data para começar e para terminar. A hipotética proposta terapêutica da Fazenda da Esperança se afina com o simples controle de corpos, sem fundamentação clínica efetiva. Em uma sociedade hedonista, a qual faz do prazer um bem supremo e principal finalidade da vida, a proposta dessa CT objetiva simplesmente o alívio de um padecer, sem entender que não haverá um único objeto humano ou não-humano capaz de nos dar o equilíbrio da inércia e negar sermos desejantes e criativos (BIRMAN, 2012).

Seguindo essa lógica, a espiritualidade se apresenta como último analisador, considerado como o primeiro item do “processo pedagógico” da Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança. Articulada aos demais analisadores, a espiritualidade é apresentada como um novo estilo de vida, seguindo procedimentos de vigilância e coação: “Na comunidade recebem todos os dias uma palavra do evangelho para meditar e principalmente colocar em prática. Rezam o terço e celebram a missa. Esse exercício de colocar os ensinamentos da Palavra de Deus como guia do trabalho e das convivências realizadas durante o dia, partilhando as experiências antes de ir dormir, é um novo estilo de vida.” (FAZENDA DA ESPERANÇA, s.d. a).

As CTs afirmam que não há obrigatoriedade de aceitar a religião à qual elas se vinculam, mas estar ali já favorece essa associação/imposição pela rotina, conforme visto nas exigências para ingressar, as quais implicam aceitar os rituais religiosos, visto que esses são tidos como condições fundamentais para o processo de “recuperação”. Conforme descrevem Ribeiro e Minayo (2015, p. 517), a pessoa envolvida nesse tipo de processo terapêutico “[...] está inscrita em concepções cristãs da vida social e do comportamento, nas quais ser adicto em recuperação significa ser ‘converso’, isto é, buscar a salvação em Jesus. O discurso religioso é central e organiza o cotidiano institucional.”

Não fazemos juízos condenatórios sobre o fato de termos comunidades religiosas, e algumas pessoas desejarem fazer seus retiros nelas, em que circunstâncias forem, de dor ou de alegria, mas um equipamento de saúde financiado com verbas

públicas não pode propor práticas religiosas como tratamento terapêutico. Imaginemos a situação de um interno que se negar a participar de algumas dessas práticas: certamente sofrerá ainda mais discriminações. E quem pode afirmar, nos dias atuais, que práticas religiosas não adoecem ou geram guerras? Portanto, o consumo de drogas não pode ser simplesmente concebido como patológico ou demonizado.

Observa-se, nas estratégias “terapêuticas” da Fazenda da Esperança, a desconsideração às multiplicidades de usos de drogas. Substâncias psicoativas adotadas em rituais religiosos e também por intelectuais e artistas, em usos recreativos, podem ser motivadoras do desejo de provocar questionamentos à ordem estabelecida ou proporcionar experiências que permitam “[...] descobrir e inventar outros mundos possíveis” (BIRMAN, 2012, p. 89)

Considerações finais

Daniel Lins (2004) adverte quanto à interpretação simplória do corpo-drogado, atrelada à ação da droga, possibilitando aniquilar os afetos e investimentos: “[...] como interpretar o drogado sem ‘matar’ o próprio sujeito da droga?” É preciso considerar as polissemias dos corpos e suas linhas de fuga, bem como as experiências desejanças e suas prudências (ou não). Trazemos uma reflexão que nos interpela ao cuidado ético em saúde:

Nenhuma droga tem a força mística de impedir isoladamente angústias, seja a ministrada por médicos e propagandeadas por grandes laboratórios, sejam as tentativas leigas de plagiar o ato médico pela automedicação ou uso de drogas psicoativas. Ao mesmo tempo, as políticas militaristas que levam intolerância ao uso recreativo devem ser repensadas. Ou seja, em nosso campo de estudo, apostamos mais e mais em intervenções pontuais, singulares, que levem em conta as redes sociais envolvidas em cada situação. (MÉLLO, 2016).

Nem a aversão aos usuários compulsivos, nem a glorificação do sofrimento e da tristeza são modelos terapêuticos, mas tão somente improvisos que confinam a potência humana. Vamos insistir no competente cuidado em saúde, como escreveu, há vinte anos atrás, a médica Ana Maria Fernandes Pitta: “Estamos em um país onde o descuido é regra. Falar de cuidado e ainda cuidado dos que importam pouco numa sociedade ‘normal’, ‘igual’, ‘ordenada’, pode parecer heresia.” (PITTA, 1996, p.153). E ela prossegue: “A um só tempo temos que ‘desinstitucionalizar’ a assistência psiquiátrica ofertada por nossas instituições e também desenvolver uma tecnologia de cuidados que

considere um compromisso ético de acolher e cuidar de pessoas [...], socialmente abominadas...” (p.154).

Ante os modelos que encarceram, cerceiam, faz-se necessário, além de reforçar estratégias de fortalecimento das políticas públicas, no cenário de desmonte, construir modelos terapêuticos que potencializem vidas articulados às lutas antimanicomiais e antiproibicionistas. Traçar ações para cada projeto de vida que se apresente ao cuidado em saúde, no consumo de drogas. Devemos estar atentos aos “usos do conceito de ‘cuidado’ no campo da saúde, mostrando o quanto pode ajudar a quebrar padrões, constituindo-se em linhas de fugas libertárias ou, ao contrário, ter uso apropriado pela área da saúde para manter normalizações.” (MÉLLO, 2018, p. 77).

Isso implica um processo de criação e não padronização, normatização e domesticação. Criar, a partir da vida que se apresenta, não tem como usar moldes, formas padronizadas; porém, leva a articular referências de cuidado para aquela singularidade, conduzir um processo terapêutico potente. E as inspirações para a criação de estratégias de potência de vida podem ser as mais diversas, seja o trabalho com as produções acadêmicas de caráter antimanicomial, sejam as ações de coletivos antiproibicionistas ou as inspirações derivadas da música popular brasileira que fazem (ou não) da droga um recurso poético de criação.

Trazer a arte como estratégia, a fim de pensar o cuidado, é construir práticas de resistência aos processos de mortificação de vida. São recursos de enfrentamento, como dizia o poeta Nei Lisboa, na música “Por aí”:

*Seremos sempre quem teve coragem
De errar pelo caminho e de encontrar saída
No céu do labirinto que é pensar a vida
E que sempre vai passar
Sempre vai passar por aí*

E, como nos ensinou Cazuza em “Um Trem para as Estrelas”: “Eu vou dar o meu desprezo para você que me ensinou que gente tem de ser triste para se salvar depois”.

Referências

- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BIRMAN, Joel. *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

- BOURDIEU, Pierre. L'illusion biographique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 62/63, p. 69-72, juin/1986.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *Edital de credenciamento SENAD 01/2018*. Brasília: Ministério da Justiça, 2018, <http://www.justica.gov.br/news/governo-lanca-projeto-para-acolher-12-mil-dependentes/edital.pdf>, acessado em 20 de julho de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Brasil. Ministério da Justiça. *Comunidades terapêuticas são regulamentadas*. Brasília: Ministério da Justiça, 2015, <http://www.justica.gov.br/noticias/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas>, acessado em 20 de janeiro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012a. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 27 jan. 2012, seção 01, n. 20, p. 40.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012b. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 27 jan. 2012, seção 01, n. 20, p. 39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial* [da União], Brasília, 22 dez. 2017, seção 01, p. 236.
- BRITO NETO, José Araújo de. *Comunidades terapêuticas em percurso: uma análise genealógica a partir do Plano Crack e suas ressonâncias no Estado do Pará*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, 2015.
- CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- CFP; MNPCT; MPF. Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura. Ministério Público Federal. *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018.
- COOPER, David. *Psiquiatria y antipsiquiatria*. Buenos Aires: Locus Hypocampus, 1967.
- ETCHEGOYEN, Ricardo Horácio. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- FAZENDA DA ESPERANÇA. *Metodologia*. s.d. a, <http://www.fazenda.org.br/metodologia/>, acessado em 20 de janeiro de 2016.

- FAZENDA DA ESPERANÇA. *Nossa história*. s.d. b, http://www.fazenda.org.br/institucional/nossa_historia.php, acessado em 20 de janeiro de 2016.
- FAZENDA DA ESPERANÇA. *Recuperação*. s.d. c, <http://www.fazenda.org.br/recuperacao/>, acessado em 20 de janeiro de 2016.
- GALINDO, Dolores et al. Algumas contribuições de Michel Foucault para pensar a pauta do proibicionismo na política sobre drogas no Brasil. Em: LEMOS, Flávia et al. (orgs.). *Estudos com Michel Foucault: transversalizando em psicologia, história e educação*. Curitiba: CRV, 2015.
- KANT, Immanuel. *Crítica da Razão Pura*. 5. ed. Tradução de Manuela Pinto dos Santos e Alexandre Fradique Morujão. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.
- LAPLANCHE, Jean.; PONTALIS, Jean-Bertrand Lefebvre. *Vocabulário de psicanálise*. 7a ed. Tradução Pedro Tamen. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1983.
- LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.
- LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- LOURAU, René. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes. 2014.
- MÉLLO, Ricardo Pimentel. *Cuidar? De quem? De quê? A ética que nos conduz*. Curitiba: Appris, 2018.
- MÉLLO, Ricardo Pimentel. As drogas cotidianas em tempos de sobrevivência. In: VIEIRA, Luciana Leila Fontes.; RIOS, Luís Felipe; QUEIROZ, Tacinara Nogueira. *A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento*. Recife: Editora UFPE, 2016.
- MÉLLO, Ricardo Pimentel. Desconhecendo-nos, gerenciamos nosso desamparo. In: MÉLLO, Ricardo Pimentel (org.). *Através do cinema, nossos modos de ser*. Belém: EDUFPA, 2008. p. 29-33.
- OBID. *Comunidades terapêuticas*. s.d., <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>, acessado em 6 de maio de 2016.
- OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. *Censo das Comunidades terapêuticas no Brasil*. 2007, <http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>, acessado em 20 de janeiro de 2016.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Posfácio: Cuidando de Psicóticos. In: GOLDBERG, Jairo (org.). *Clínica da Psicose - um projeto na Rede Pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994. p. 153-168.
- RÊGO, M. Drogas: clínica e cultura. In: NERY FILHO, Antônio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto.; RÊGO, Marlize. (orgs.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador (BA): CETAD/UFBA, 2009. p. 207-219.
- RIBEIRO, Fernanda; MINAYO, Maria Cecília. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas. *Interface*, vol. 19, nº 54, p. 515-526,

2015, <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0515.pdf>, acessado em 7 de novembro de 2015.

RODRIGUES, Thiago. Política das drogas e a lógica dos danos. *Verve*, vol. 3, p. 257-277, 2003.

SILVA, Alyne A.; MÉLLO, Ricardo P. Tecnologias de um dispositivo jurídico e seus efeitos na construção de uma biografia desviante. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, vol. 5, nº 2, p. 208-222, 2012, jul./dez.

SOUZA, Tadeu de Paula. *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, 2007.

Ricardo Pimentel Mélllo, Universidade Federal do Ceará
Doutor em Psicologia Social (PUC-SP), Professor dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.
Email: ricardo_pm@uol.com.br

Morgana Moura
Doutoranda em Estudos de Cultura Contemporânea na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Mestre em Psicologia Social pela PUCSP e graduada em Psicologia pela UFMT.

Dolores Galindo, Universidade Federal de Mato Grosso
Doutora em Psicologia Social (PUC-SP), Professora dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso.

¹ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas construídas para um sujeito ou coletivo, a partir de discussões coletivas, de caráter interdisciplinar, a fim de garantir as ações articuladas em um processo terapêutico em saúde mental (BRASIL, 2007).