

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA SOCIAIS

SARA ALENCAR DE LIMA

Dependência química e o tratamento em comunidades terapêuticas

Maringá
2023

SARA ALENCAR DE LIMA

Dependência química e o tratamento em comunidades terapêuticas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Instituições, políticas públicas e participação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Pereira da Costa Dourado.

Maringá
2023

SARA ALENCAR DE LIMA

Dependência química e o tratamento em comunidades terapêuticas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Documento assinado digitalmente
 SIMONE PEREIRA DA COSTA DOURADO
Data: 03/07/2023 08:16:01-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Simone Pereira da Costa Dourado
(Presidente)
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Documento assinado digitalmente
 EDER RODRIGO GIMENES
Data: 03/07/2023 21:29:26-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Éder Rodrigo Gimenes
Universidade Estadual de Maringá -
UEM

Documento assinado digitalmente
 MARCIA STENDEL
Data: 04/07/2023 09:14:21-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Márcia Stengel
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/MG

Aprovada em: 28 de junho de 2023

Local de defesa: Bloco H-35, sala 007 da Universidade Estadual de Maringá

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

L732d

Lima, Sara Alencar de

Dependência química e o tratamento em comunidades terapêuticas / Sara Alencar de Lima. -- Maringá, PR, 2023.

101 f.: il., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Pereira da Costa Dourado.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2023.

1. Políticas públicas - Drogas. 2. Dependência química. 3. Comunidades terapêuticas. I. Dourado, Simone Pereira da Costa, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

CDD 23.ed. 362.29

Dedicatória

*Aos meus pais Claudio e Marlene,
por seu suporte e apoio
incondicional.*

*Ao meu filho David pelo elo de
afeto e compreensão em todos os
momentos em que estive ausente.*

*À professora e orientadora
Simone Pereira da Costa Dourado
por toda sua dedicação,
competência, profissionalismo e
atenção.*

*Aos professores que contribuíram
com conhecimento ao longo dessa
jornada.*

*Aos profissionais e pesquisadores
que já contribuíram com estudos
para a discussão do tema.*

*A comunidade terapêutica, que
contribuiu com dados para
realização desta pesquisa...*

AGRADECIMENTOS

Chegando ao final desta jornada de quase dois anos, este é o momento de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho e me apoiaram desde o processo de seleção até os últimos ajustes do texto.

É difícil nominar todas as pessoas envolvidas nesse processo, mas não posso deixar de nominar algumas delas, minha mãe Marlene, que tornou esse processo mais leve e tranquilo sempre me apoiando e dando todo suporte necessário, principalmente cuidando do meu filho David, ao meu Pai Cláudio, que mesmo de longe sempre soube estar presente com suas palavras, incentivos. Expresso agradecimento também ao meu filho que mesmo com pouca idade soube compreender esse processo e ter paciência com a minha ausência que se fez necessário para os estudos.

Ao longo do processo de construção de conhecimento se fez indispensável a colaboração dos professores do programa de pós-graduação em Ciências Sociais, por isso expresso a eles minha gratidão pela competência e dedicação ao longo dessa jornada. Em especial a professora e orientadora Simone pelas orientações e contribuições indispensáveis, não só para a pesquisa, mas para minha formação acadêmica. Ressalto ainda que seu acolhimento, comprometimento me ajudou a ter foco e ânimo para finalizar a pesquisa.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas de mestrado, especialmente Ludimila Aparecida Martins Bueno e Janayne Luane de Andrade que contribuíram com sugestões e apoio, e sempre estiveram dispostas a ouvir minhas angústias e motivar em momentos de dificuldades.

Por último, agradeço a CAPES, que é a mantenedora do PGC-UEM.

*Aqueles que passam por nós, não
vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um
pouco de nós.*

Antoine de Saint-Exupéry

Dependência química e o tratamento em comunidades terapêuticas

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto de estudo o eixo da política pública sobre drogas que diz respeito ao tratamento da dependência química, mais especificamente no modelo ofertado pelas comunidades terapêuticas com objetivo de verificar se essas instituições realizam práticas manicomiais e se representam um retrocesso à reforma psiquiátrica. Como metodologia de pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, com o objetivo exploratório e explicativo, com técnica para coleta de dados em pesquisa documental e bibliográfica, complementada com pesquisa empírica em uma comunidade terapêutica do município de Cianorte-PR que serviu como elemento exploratório e ilustrativo do debate. Levanta-se como hipótese deste trabalho que as comunidades terapêuticas, mesmo considerando suas regulamentações normativas advindas da reforma psiquiátrica, podem ser comparadas aos antigos manicômios e seu modelo de tratamento assentado em trabalho, disciplina e espiritualidade conflita com os saberes científicos, podendo ser comparados ao modelo asilar de tratamento. O trabalho está inserido na linha de pesquisa Instituições, Políticas Públicas e Participação, linha 1 do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UEM, e pretende contribuir para as pesquisas no campo de investigações relacionadas aos atendimentos ofertados pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil. A pesquisa foi dividida em três etapas que se transformaram em capítulos: o primeiro discute sobre o tratamento à dependência química e as políticas sobre drogas anteriores à reforma psiquiátrica; o segundo traz uma abordagem da política pública sobre drogas pós-reforma psiquiátrica e o tratamento à dependência química em comunidades terapêuticas; e, o último, analisa as rupturas e continuidades que as comunidades terapêuticas tiveram em relação às práticas manicomiais e o posicionamento dos conselhos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social em relação ao tema.

Palavras-chave: Política pública sobre drogas. Dependência química. Comunidades terapêuticas.

Chemical dependency and treatment in therapeutic communities

ABSTRACT

This dissertation has as its object of study the axis of public policy on drugs with regard to the treatment of chemical dependence, more specifically in the model offered by therapeutic communities with the objective of verifying these institutions carrying out asylum practices and if they represent a setback to the psychiatric reform. As a research methodology, a qualitative approach was used, with an exploratory and explanatory objective, with a technique for data collection in documentary and bibliographic research, complemented with empirical research in a therapeutic community in the city of Cianorte-PR, which worked as an exploratory and illustrative element. As hypotheses of this work, the therapeutic communities, even considering their normative regulations arising from the psychiatric reform, can be compared to the old asylums and their model of treatment based on work, discipline and spirituality conflicts with scientific knowledge, and can be compared to the asylum model of treatment. The work is part of the research line Institutions, Public Policies and Participation, line 1 of the Graduate Program in Social Sciences at UEM, and intends to contribute to research in the field of investigations related to the services offered by Therapeutic Communities in Brazil. The research was divided into three stages that became chapters: the first discusses the treatment of chemical dependency and the policies on drugs prior to the psychiatric reform; the second brings an approach to public policy on drugs after the psychiatric reform and the treatment of chemical dependency in therapeutic communities; and, finally, it analyzes the ruptures and continuities that the therapeutic communities had in relation to asylum practices and the positioning of the professional councils of medicine, nursing, psychology and social work in relation to the theme.

Keywords: Public policy on drugs. Chemical dependency. Therapeutic communities.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Marcos regulatórios da política manicomial e das Comunidades Terapêuticas...48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dependência de substâncias psicoativas ilícitas somente e substâncias ilícitas mais o álcool da população residente em domicílios.....	60
Gráfico 2 - Dependência de substâncias psicoativas da população residente em domicílios, exceto Tabaco.....	61
Gráfico - 3 Tratamento à dependência química por tipo de substância utilizada.....	62
Gráfico 4 - tipos de tratamento à dependência química que foram acessados.....	63
Gráfico 5 - Quantidade de acolhidos segundo a religião.....	68
Gráfico 6 - Quantidade de acolhidos segundo situação dos vínculos familiares.....	69
Gráfico 7 - Quantidade de acolhidos segundo o vínculo trabalhista.....	69
Gráfico 8 - Quantidade de acolhidos segundo a situação socioeconômica.....	70
Gráfico 9 - Quantidade de acolhidos segundo tipo de vaga, pendências judiciais, documentação civil e população em situação de rua.....	71
Gráfico 10 - Quantidade de acolhidos segundo o tipo de substância utilizada.....	72
Gráfico 11 - Quantidade de acolhidos segundo o tipo de tratamento já realizado e 1º tratamento na vida.....	73
Gráfico 12 - Número de acolhidos segundo o tempo de acolhimento.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS- AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAT	Casa de Acolhimento Transitório
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CTs	Comunidades Terapêuticas
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas.
CONAD	Conselho Nacional antidrogas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CEBES	Centro Brasileiro da Saúde
CEBS	Comunidades Eclesiais de Base
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
DIEST	Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
DSM	Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LENUD	Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira
LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Itersexuais, Assexuais, Pansexuais.
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF	Ministério Público Federal
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
OBID	Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAD	Política nacional antidrogas
PNAD	Política nacional sobre drogas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PAS	Plano de atendimento singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
TCU	Tribunal de Contas da União
SPA	Substâncias Psicoativas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SENAPRED	Secretaria nacional de cuidados e prevenção às drogas
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UA	Unidades de Acolhimento
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 TRATAMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS ANTERIORES À REFORMA PSIQUIÁTRICA	17
2.1 PERSPECTIVA GERAL DO PROBLEMA	17
2.2 CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS INTERNACIONAIS.....	24
2.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	27
2.4 POLÍTICAS SOBRE DROGAS E/NO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	31
2.5 ESTIGMATIZAÇÃO E CONSERVADORISMO.....	36
3 POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA SOBRE DROGAS PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA E O TRATAMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	41
3.1 HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL.....	41
3.3 REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA ATUALIDADE.....	45
3.4 USUÁRIOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E O ATENDIMENTO OFERTADO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	58
4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: RUPTURAS E CONTINUIDADES DOS MANICÔMIOS.....	75
4.1 PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA ATUALIDADE.....	75
4.2 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM).....	88
4.3 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).....	89
4.4 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP)	90
4.5 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS).....	92
4.6 IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS NO MONITORAMENTO DA POLÍTICA BRASILEIRA SOBRE DROGAS.....	93
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98

1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar esse tema se deu a partir de experiências pessoais e profissionais com a dependência química que evidenciaram a ausência de embasamento técnico e científico nos atendimentos ofertados pelas comunidades terapêuticas e fragilidade no monitoramento e avaliação dessas instituições paralelo à alta demanda em busca do serviço e investimento público. Diante de indagações que essas experiências me trouxeram levantei como objetivo geral desta pesquisa compreender se as comunidades terapêuticas representam ou não um retrocesso à reforma psiquiátrica e se dentro dessas instituições existem práticas manicomiais.

Desde de criança presenciei pessoas próximas que fizeram uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e que passaram por tratamento à dependência química em diversos tipos de serviços, entre eles comunidades terapêuticas. Ao longo dessas experiências fiz visitas em hospitais psiquiátricos, clínicas particulares, comunidades terapêuticas e participei em grupos de auto ajuda voltado à familiares e amigos de dependentes químicos.

Minha experiência como assistente social em comunidade terapêutica do município de Cianorte-PR, onde trabalhei por pouco mais de três anos (2018-2021), associada à especialização em dependência química, contribuiu para que eu compreendesse mais sobre a doença e também sobre a codependência, que afeta as pessoas que vivem próximas dos usuários de drogas, além de chamar minha atenção para as discussões em relação à comunidade terapêutica como equipamento que atende a dependência química em paralelo com a demanda espontânea desses usuários em relação ao serviço.

Passei a observar como aconteciam as relações entre comunidade, usuário e seus familiares, e a dinâmica para execução do projeto terapêutico desta instituição. Diante disso comecei a levantar vários pontos de interrogação. E o principal deles sempre foi: Se as comunidades terapêuticas não possuem capacidade técnica e organizacional para prestar atendimento à dependência química, o que leva essa população e seus familiares a recorrer a essa modalidade de tratamento?

Inicialmente este foi o meu problema de pesquisa e iria buscar sua resposta por meio da realização de grupo focal com as pessoas que estavam acolhidas na comunidade terapêutica na qual trabalhava. No entanto, não demorou muito e percebi que minha proximidade com a instituição e a gestão tornaria inviável a utilização do recurso metodológico do grupo focal, pois correria o risco dessa proximidade influenciar nas respostas dos participantes.

Após o ingresso no mestrado, a participação nas disciplinas, no grupo de estudos, a dinâmica de orientação e apresentação da proposta de pesquisa em encontros da área de ciências sociais, me fizeram decidir mudar o rumo da pesquisa e definir como objeto de estudo o eixo da política pública brasileira sobre drogas que regulamenta o tratamento à dependência química em comunidades terapêuticas (CTs), tendo como objetivo analisar como essas instituições estão regulamentadas na contemporaneidade.

A partir desta definição do objeto de estudo, a pesquisa foi dividida em três etapas que se transformaram em capítulos: o primeiro discute sobre o tratamento à dependência química e as políticas sobre drogas anteriores à reforma psiquiátrica; o segundo traz uma abordagem da política pública sobre drogas pós-reforma psiquiátrica e o tratamento à dependência química em comunidades terapêuticas; e, o último, analisa as rupturas e continuidades que as comunidades terapêuticas tiveram em relação às práticas manicomiais e o posicionamento dos conselhos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social em relação ao tema.

Com a finalidade de discutir sobre o tratamento à dependência química anterior à reforma psiquiátrica início o primeiro capítulo com uma perspectiva geral do problema, e na sequência discuto sobre marcos internacionais que influenciaram e influenciam a política sobre drogas brasileira, apresento um breve histórico dessa política em âmbito nacional. Logo após, analiso o ciclo de políticas públicas com a finalidade de compreender como aconteceu cada etapa deste ciclo na política em discussão, sendo eles: a identificação do problema; a formação da agenda; formulação das alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação; e extinção. E para finalizar discuto sobre como estigma e conservadorismo podem afetar de forma negativa o atendimento à dependência química.

O segundo capítulo, analiso a política sobre drogas pós-reforma psiquiátrica e o tratamento à dependência química ofertado pelas comunidades terapêuticas, apresento o histórico das comunidades terapêuticas e como essas instituições ganharam espaço no atendimento à dependência química e como estão regulamentadas atualmente. Para finalizar, discuto sobre as diferenças entre os usuários dependentes de substâncias psicoativas e como é o atendimento ofertado por essas instituições.

No terceiro capítulo observo as rupturas e continuidades de práticas manicomiais nas comunidades terapêuticas, o perfil dessas instituições na atualidade, o posicionamento dos conselhos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social em relação aos atendimentos ofertados pelas comunidades e a importância desses conselhos no monitoramento e avaliação da política sobre drogas brasileira.

Sendo assim a construção deste trabalho se deu a partir de uma questão em torno do modelo de atendimento ofertado pelas comunidades terapêuticas na atualidade comparável ao modelo de atendimento manicomial.

Como metodologia de pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, com o objetivo exploratório e explicativo, com técnica para coleta de dados em pesquisa documental e bibliográfica associada à pesquisa empírica realizada na mesma comunidade terapêutica onde trabalhei no município de Cianorte-PR, voltada exclusivamente para acolhimento de pessoas do sexo masculino e maiores de idade, gerida por um igreja evangélica e com profissionais de nível fundamental, médio e ensino superior na área de serviço social, psicologia e enfermagem.

Tendo como base os estudos de Goldenberg (2004), respondi ao problema de pesquisa de forma qualitativa a partir do aprofundamento em relação às normas de regulamentação das comunidades terapêuticas apresentadas pela resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, conhecida como o marco regulatório das CTs, em conjunto com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que “ Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, lei sobre drogas 11.343/2011, a portaria 3.088/2013 que institui a rede de atenção psicossocial, a lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001, dados recolhidos e sistematizados a partir da análise de 117 prontuários de internos que ficaram acolhidos na Comunidade Terapêutica que serviu de suporte empírico para a pesquisa no período de 30 de junho de 2019 a 30 de julho de 2021, localizada no município de Cianorte-Pr e notas e pareceres emitidos pelos conselhos profissionais citados anteriormente e pesquisas relacionadas à dependência química e ao tratamento ofertado pelas comunidades terapêuticas.

A pesquisa exploratória é o tipo de pesquisa que busca uma maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo mais claro, visando explorar conteúdos acerca do objeto de estudo, e a pesquisa explicativa busca esclarecer os dados levantados, assim como a relação entre os aspectos que envolvem o objeto de estudo e os fatores que contribuem para a ocorrência e desenvolvimento dos fenômenos, tendo como objetivo responder ao porquê e a razão das coisas. (GIL, 2002).

Levanta-se como hipótese deste trabalho que as comunidades terapêuticas, mesmo considerando em suas regulamentações normativas advindas da reforma psiquiátrica, podem ser comparadas aos antigos manicômios caracterizados como instituições totais, e seu modelo de tratamento assentado em trabalho, disciplina e espiritualidade conflita com os saberes científicos, podendo ser comparados ao modelo hospitalocêntrico e asilar de tratamento. E,

portanto, sua regulamentação representa um retrocesso à reforma psiquiátrica e aos avanços das políticas públicas de saúde mental, sendo os conselhos de enfermagem, medicina, psicologia e serviço social contrários ao reconhecimento das comunidades terapêuticas como instituições habilitadas a atender pessoas com problemas relacionados à dependência química.

2 TRATAMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS ANTERIORES À REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 PERSPECTIVA GERAL DO PROBLEMA

O objetivo desta seção é apontar para os principais marcos históricos que envolvem a política sobre drogas brasileira e sua relação com o processo da reforma psiquiátrica. Para isso, apresento os principais marcos da reforma e desta política até os dias atuais a fim de identificar o modelo de atenção às pessoas usuárias abusivas de substâncias psicoativas (SPA), cumprindo um período anterior e posterior à reforma.

De acordo com Secchi (2012), políticas públicas refletem conteúdos concretos e simbólicos das decisões políticas, que se materializam em forma de ações que respondem a algum problema coletivamente relevante, e que precisam ser solucionados. Ou seja, as políticas públicas possuem duas características fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público.

Secchi (2012) explica que as políticas públicas no Brasil são elaboradas e executadas por diversos atores sociais, governamentais e não governamentais, e organizadas em elementos operativos chamados de programas, planos e projetos de níveis regionais e locais. O autor explica que esses elementos operativos podem ainda ser considerados outras políticas públicas, sendo assim, uma política pública pode ser formada por mais políticas que a operacionalizam.

A política sobre drogas, historicamente, tem passado por diversas alterações em busca de responder aos problemas públicos relacionados à dependência química e a venda de substâncias lícitas e ilícitas. Para Secchi (2012, p. 10) “[...] o problema público é a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível para a realidade humana”.

No caso da política sobre drogas brasileira tínhamos uma situação na qual os pacientes psiquiátricos e os dependentes químicos não tinham seus atendimentos pautados no que garante os direitos humanos, mesmo a Declaração Universal sendo de 1948. Tal contexto gerou a necessidade de implementar uma nova maneira de prestar atendimento a essa população e a

exigência é enxergar o sujeito em sua totalidade, dando origem ao movimento da reforma psiquiátrica e posteriores normativas para regulamentação dos serviços prestados.

O processo de reforma psiquiátrica está inserido na quebra de atendimento em modelo asilar marcado por violência institucional, que envolveu diversos atores sociais e categorias profissionais. (YASUI, 2010).

No ano de 1978 em específico foi registrado o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, movimento responsável em denunciar violência manicomial e o modelo hospitalocêntrico de atendimento às pessoas com transtornos mentais. Entre os principais atores envolvidos nesse processo estavam trabalhadores da saúde, associações formadas por familiares de pacientes psiquiátricos e pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica.

Segundo estudos de Yasui (2010), a segunda metade dos anos de 1970 foi marcada por uma série de movimentos sociais, e muitos deles oriundos das periferias das grandes cidades em busca de intervenções estatais que respondessem a problemas cotidianos relacionados ao transporte, habitação, saneamento básico, saúde, entre outros.

De acordo com o autor tais movimentos surgiram em conversas entre vizinhos, reuniões em salões de igrejas e em lugares públicos, e a partir desses encontros foram levantados temas para discussão de interesse comum e coletivo.

Vale destacar que os movimentos sociais que ocorreram nessa época tiveram importante papel na reconstrução da cidadania. O país passava por um momento histórico de regime marcado pela opressão e autoritarismo regido pela ditadura militar brasileira, e os movimentos sociais

[...] apontaram para um sentido e um alcance que ultrapassou o imediato e o local, para mobilizar e articular, como experiência compartilhada, as várias opressões vividas em locais diferenciados. Ou seja, em tempos autoritários, as condições cotidianas de vida apareceram como campo de luta que permitiu a conquista de espaços políticos para a manifestação, articulação, reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando, na sociedade civil, a noção de participação e ações coletivas, acelerando a transição democrática. (YASUI, p. 29, 2010)

Diante desse cenário, percebe-se, além de uma abertura política, a emergência de novos sujeitos e atores sociais que apontavam para a construção de respostas a partir de problemas da vida cotidiana e com participação direta dos interessados. Ou seja, uma busca pela cidadania e democracia a partir de reivindicações postas por trabalhadores nas fábricas, sindicatos, nos serviços públicos e administrativos e nos bairros.

Os movimentos sociais, através de manifestações e organizações de lutas, mostraram realidades encobertas, não assistidas e até mesmo problemas sociais abandonados pelo poder público, abrindo espaços para elaboração de novas estratégias políticas a partir da autonomia de atores sociais que buscavam soluções de problemas e melhores condições de vida em oposição ao poder estabelecido.

Neste contexto de luta surgiu o movimento sanitário que lutava por mudanças e transformações necessárias à saúde da população e contra o regime ditatorial. Vale destacar que uma parcela dos atores sociais inseridos nesse movimento eram trabalhadores em tempo integral. Sobre isso, Yasui (2010) coloca que ser militante apenas no campo profissional não é o suficiente para que mudanças políticas aconteçam,

Não era possível ser um agente transformador apenas no restrito campo de atuação profissional. Era necessário ampliar essa visão e ação. Era preciso pensar e atuar na sociedade, no tempo histórico em que se vivia. Também não era possível pensar no campo da saúde apenas como um campo determinado por fatores eminentemente biológicos. A saúde tem determinantes sociais, o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social. (YASUI, 2010, p. 30).

Dessa forma, pensar em saúde pública inclui refletir pensar sobre a totalidade contextual em que os sujeitos estão inseridos: local de moradia, situação econômica, relações sociais, comunitárias e trabalhistas, além de determinantes biológicos, fisiológicos e emocionais. Visto que não são apenas os três últimos fatores que influenciam em questões de saúde, mas toda conjuntura e as condições de vida dos sujeitos.

Sendo assim, uma única política não é o suficiente para atender os indivíduos em sua totalidade, por isso a necessidade de articulação entre as diversas políticas públicas (saúde, educação, habitação, assistência social, etc) e atendimentos intersetoriais, e neste sentido foi se repensando e reconstruindo a política sobre drogas brasileiras dentro do movimento sanitarista e da reforma psiquiátrica.

Além disso, Yasui (2010) descreve a origem da reforma sanitária a partir da participação de instituições e atores que foram agregando tanto necessidades comuns e não atendidas da população como saberes científicos, entre os quais podemos citar: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os movimentos de saúde ligados às Comunidades Eclesiais de Base (CEBS) da igreja católica e setores dos movimentos estudantil e dos médicos residentes.

Saberes científicos aliados ao processo de luta possibilitaram que a produção intelectual crítica amparasse novas práticas e metodologias de atendimento à população e que fossem alternativas ao modelo hegemônico da época. Yasui (2010) explica que esse processo ocorreu diante de diversos avanços e retrocessos, no entanto foi fundamental a militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais, articulações de atores que participavam dos movimentos sociais com diversos setores da sociedade e ocupação em espaços estatais.

Diante disso, a reforma sanitária se colocou em cena sendo um projeto político e social de consciência sanitária construído em conjunto do Estado com a sociedade civil, indo para além de produções bibliográficas, tornando-se um processo e uma bandeira de luta que se expandiu para outros setores da sociedade, dando base para reforma psiquiátrica, tornando esse processo de luta indispensável para discussão em torno da saúde mental e dependência química.

Yasui (2010) aponta para três direcionamentos básicos da reforma sanitária e que também serviram de pilar à reforma psiquiátrica, sendo eles: a conscientização frente às questões de saúde com objetivo de aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde; e a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

Se tratando da reforma psiquiátrica, o movimento surgiu a partir da mobilização de atores sociais que trabalhavam na saúde e que levantavam questões em seu próprio cotidiano profissional e também nas universidades. Tal movimento teve como propósito politizar questões relacionadas à saúde mental, em especial contra o tratamento ofertado pelas instituições psiquiátricas da época, além de produzir aparato científico, crítico e legal que desse embasamento para a criação de uma nova forma de atendimento a essa população e de como ser vista pela sociedade.

Assim como a reforma sanitária, a psiquiátrica passou e passa por avanços e recuos e não lutou apenas por questões relacionadas à saúde mental, mas surgiu aliada a outros movimentos sociais e com a bandeira de luta pela redemocratização do país. A partir da reforma psiquiátrica surge ainda a luta antimanicomial com atores além da saúde mental, como associações de usuários dos serviços e seus familiares, estudantes, jornalistas, artistas e intelectuais, passando a ser tanto a luta de um subsetor da saúde, como um projeto político de transformação social.

O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas

políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade. (YASUI, 2010, p. 32)

Mesmo diante de avanços, a luta pela reforma psiquiátrica permanece necessária, pode-se dizer que se trata de um processo que está em constante conflito até os dias atuais. Comumente observa-se discursos, saberes e práticas psiquiátricas seculares que no passado e até hoje sustentam o estigma da loucura por meio de diagnósticos de doença mental e até mesmo pela dependência química, e que fundamentam a internação em hospitais psiquiátricos, clínicas e até mesmo o acolhimento em comunidades terapêuticas, no caso do uso abusivo de substâncias psicoativas, em que a abstinência e a exclusão social são princípios básicos para o tratamento.

Anterior ao processo da reforma psiquiátrica os usuários abusivos de SPA eram considerados vadios/vagabundos ou ébrios/loucos e, como estratégia de intervenção, o Estado recorria às internações em manicômios, prisões e em delegacias, comparado por Pontes et al. (2018) a uma forma de sequestro de bêbados pela polícia.

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica foi reduzir o estigma que existe em relação aos pacientes psiquiátricos, incluindo os dependentes de substâncias psicoativas. De acordo com Goffman (2004), o estigma inabilita o indivíduo para aceitação social, como se uma ou mais características pessoais definissem quem são os sujeitos em sua plenitude. O estigma difere da informação social, ou seja, as características que o impossibilita não é o que o sujeito transmite diretamente sobre si, mas sim o que a sociedade impõe sobre ele.

De acordo com Goffman (2004), o conceito de estigma foi criado pelos gregos na intenção de fazer referências aos sinais corporais que evidenciaram tanto características boas como ruins do status moral dos indivíduos. O autor explica que, na atualidade, o conceito tem sido mais utilizado para marcar características relacionadas às próprias desgraças, e ao longo do texto trabalha o conceito de estigma em “referência a um atributo profundamente depreciativo” (GOFFMAN, 2004, p.06).

Uma das consequências geradas pelo estigma em torno de transtornos mentais e da dependência química, foi as violências institucionais praticadas por instituições manicomiais, citadas no trabalho da jornalista Daniela Arbex (2013) contra o esquecimento da luta manicomial no Brasil e registrada em seu livro-reportagem “O holocausto brasileiro”, em que retrata violências institucionais ocorridas dentro do hospital Colônia de Barbacena –MG, fundado em 1903 e fechado no final dos anos de 1980. De acordo com a autora, apenas nesse

manicômio morreram cerca de sessenta mil pessoas, a maior parte delas internadas à força e tinham seus nomes trocados pelos próprios funcionários.

Aproximadamente 70% dos pacientes internados em Barbacena não tinham diagnóstico de doença mental, mas sofriam com epilepsia, faziam uso de álcool ou de outras drogas, eram homossexuais, prostitutas, pessoas que se rebelavam contra figuras de poder, meninas que, em decorrência de violência sexual por parte de seus patrões, ficavam grávidas, esposas traídas, (como estratégias para que os maridos pudessem viver com a amante), filhas de fazendeiros que tiveram relações sexuais antes do casamento, homens e mulheres que perderam seus documentos, alguns por não falarem muito e serem apenas tímidos. Em casos de mulheres grávidas, eram as próprias funcionárias que faziam o parto e tomavam os bebês de suas mães e os entregavam para adoção (ARBEX, 2013).

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. (ARBEX, 2013, p. 13).

Ainda sobre os cadáveres, a autora explica que, quando os mercados de compra das faculdades diminuíram, os corpos eram decompostos em ácido para que a ossada pudesse ser comercializada, e conclui que na colônia nada se perdia, exceto a vida dos pacientes. É válido destacar que tanto os funcionários quanto os médicos eram coniventes com tanta barbárie, um dos motivos que a estendeu por décadas.

Tanta violência fez com que o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta antimanicomial, ao conhecer o hospital-colônia afirmasse que esteve em um campo de concentração nazista, pois em nenhum outro lugar havia presenciado tanta tragédia e violência (ARBEX, 2013).

Observamos os estudos de Arbex (2013) e Goffman (2004) e percebemos que existem alguns grupos sociais já determinados pela sociedade para viver o estigma e dentre eles podemos citar os dependentes químicos. Na obra de Arbex (2013), percebemos a exclusão social desse grupo realizada de forma violenta e como estratégia de higienização da sociedade,

uma vez que tal grupo é visto como pessoas com defeitos morais de acordo com o padrão de vida social e por isso incapazes de viver em sociedade.

Em contraposição, a reforma psiquiátrica colocou em questão essa forma de intervenção, abriu um novo lugar à dependência química e trouxe à tona uma discussão voltada para um novo modelo de atenção à saúde mental, além de criar espaço para reelaboração de uma política fundamentada na liberdade, cidadania e direitos humanos estabelecida em normativas e políticas governamentais.

Sendo assim, a reforma psiquiátrica apresentou um conjunto de transformações em saberes científicos, cultural e social, que, além de trazer uma nova visão sobre os sujeitos, prevê o fechamento progressivo dos manicômios em decorrência de maus tratos e mortes de pacientes, tornando inquestionável a necessidade de criação de uma rede de atendimento em substituição à existentes. (YASUI, 2010).

Os chamados manicômios se tornaram hospitais psiquiátricos, tiveram redução em números de leitos e precisaram adequar a maneira de prestar atendimento. Concomitante a isso se deu início às instituições de atendimento à saúde mental em aberto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentados pelo movimento como modelo alternativo e substituto dos manicômios. Diante dessas alterações, a internação de pacientes psiquiátricos passou a ser autorizada apenas quando o tratamento extra hospitalar se mostrava ineficaz. Sobre esse processo de redirecionamento, Pontes et al. (2018, p. 02) observam que,

Em três décadas, a assistência em saúde mental se transformou de forma bastante radical e o asilo praticamente desapareceu como dispositivo-chave. Em geral, este processo, apesar de cunhado de reforma, é celebrado como uma espécie de revolução que libertou a loucura das cadeias da velha psiquiatria.

Em 1988, com a Constituição Federal, é instituído o Sistema Único de Saúde e 1989 marca o início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo com o projeto de lei com foco no fechamento progressivo dos manicômios no Brasil e neste processo de luta foi-se materializando uma nova política sobre drogas brasileira.

Em 2001 é aprovada, de forma tardia, a lei 10.216 que regulamenta os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o tratamento à dependência química. Perpassando por avanços e retrocessos e concomitante à reforma psiquiátrica ocorre a reformulação da política pública brasileira sobre drogas, que revê o modelo de atendimento às pessoas que sofrem com o uso abusivo de SPA. Em 2006 é aprovada nova lei sobre drogas nº 11.343 e em 2011 a portaria nº 3.088, que institui a rede de atenção

psicossocial para atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

2.2 CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS INTERNACIONAIS

A seguir apresento um panorama internacional de convenções e acordos firmados entre países de controle de drogas e que influenciam as políticas de drogas internacionais e a construção e reconstrução da política de drogas brasileira. Segundo Paiva (2018) as três principais convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre drogas são complementares, e têm como objetivo assegurar a disponibilidade de substâncias psicoativas para uso médico e científico, prevenir a venda e distribuição de forma ilícita, além de incluir medidas relacionadas ao uso e tráfico de drogas. Sendo elas: Convenção Única de entorpecentes em 1961; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas em 1971; e Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas em 1988.

No entanto, é válido ressaltar que o modelo de atenção às drogas apontado pelas convenções e que ainda influencia as políticas sobre drogas, dentro e fora do Brasil, surgiu no início do século XX com iniciativas para restringir e controlar o comércio internacional de ópio que se expandia. Paiva (2018) coloca que em 1907, Reino Unido, China e Índia assinaram o acordo de dez anos com a finalidade de eliminar a exportação de ópio produzido na Índia para território chinês e o cultivo do ópio na China.

Outra convenção que marcou as políticas sobre drogas aconteceu em 1912 conhecida como a Convenção Internacional do Ópio, nesta ocasião foi firmado o primeiro acordo internacional destinado a restringir a circulação de drogas entre os países onde o ópio fosse proibido, exceto a circulação e o comércio das substâncias controladas, desde que submetidas à regulação sanitária e exclusivamente para fins científicos e medicinais.

Nos próximos dez anos que sucederam a Convenção do Ópio foi criado uma série de órgãos e estruturas para assegurar e regular a efetividade do modelo internacional de controle às drogas. Em 1925, sob os cuidados da Liga das Nações, foi aprovada uma nova Convenção que cria a Junta Permanente de Controle do Ópio destinada a monitorar as importações e exportações de substâncias controladas e a inserção de novas substâncias ao regime de controle internacional, principalmente a maconha.

Ainda sobre os cuidados da Liga das Nações, em 1931, foi realizada uma nova Convenção onde a quantidade de circulação de drogas ficou restringida apenas ao necessário

para fins médicos e científicos. Em 1936 foi introduzido responsabilidades internacionais de criminalização ao tráfico de drogas. (PONTES et al., 2018).

De acordo com Pontes et al (2018), em 1948, já sob o comando da ONU, foi criado o Protocolo de Drogas Sintéticas, também conhecido como Protocolo de Paris, documento responsável por incluir drogas sintéticas no regime internacional de controle.

A primeira convenção relacionada às drogas realizada pela ONU foi a Convenção Única sobre Drogas Narcóticas ou Convenção de Viena em 1961, que teve como objetivo combater o uso abusivo de drogas, por meio de duas formas de intervenção: a primeira era permitir a posse, o uso, a troca, a distribuição, a importação, a exportação, a manufatura e a produção de drogas apenas para uso médico e científico; a segunda era combater o tráfico de drogas por meio da cooperação internacional para deter e desencorajar os traficantes, além de anunciar a preocupação com a saúde pública e reafirmar diversos acordos já tratados em Convenções anteriores, principalmente a limitação do uso de substâncias psicoativas apenas para fins medicinais e científicos e a criminalização de determinadas condutas relacionadas às drogas.

A Convenção de 1961 também incluiu novas substâncias a serem controladas internacionalmente e criou um órgão regulador da produção e do comércio de drogas, a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Seguindo os estudos de Paiva (2018), a segunda Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas realizada pela ONU foi em 1971 e estabeleceu um sistema internacional de controle para as drogas em resposta à expansão, diversificação e consequências negativas do abuso de drogas. A Convenção criou também maneiras de controlar os diversos tipos de drogas sintéticas, considerando o potencial para dependência e sua capacidade terapêutica.

A terceira, também realizada pela ONU, foi a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas realizada que, em 1988, forneceu medidas contra o tráfico de drogas, contra lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de precursores químicos. A convenção também apresenta meios para cooperação internacional de extradição, transporte e transferência de traficantes de drogas (PAIVA, 2018).

Atualmente, as Convenções de 1961, 1971 e 1988, realizadas pela ONU, marcam a política sobre drogas no âmbito internacional e nacional, assim como as anteriores, possuem um sistema regulatório e repressivo para controlar e reduzir a demanda relacionada às substâncias psicoativas e sob a perspectiva de guerra às drogas, neste sentido Paiva (2018, p. 101), explica que “sucesso ou fracasso dos países passou a ser medido pela quantidade de drogas apreendidas, erradicadas, pelo número de pessoas presas por tráfico, pelo estabelecimento de leis nacionais restritivas, e assim por diante”.

Nos anos que seguiram observou-se dois modelos distintos relacionados à política sobre drogas. Mesmo diante da impossibilidade de alcançar as metas estabelecidas em acordos entre os países, que foram acontecendo nos anos seguintes, percebeu-se o fracasso deste modelo de política sobre drogas, no entanto, ainda existe um consenso em relação a esse sistema internacional de controle de drogas.

No início da década de 2010, diante do aumento da produção e consumo e alto investimento internacional à repressão, aumento de cartéis, aumento da população carcerária com delitos relacionados às drogas e de violências relacionadas às drogas, como homicídios, por exemplo. (PAIVA, 2018).

Contudo, diante da crise de opioides que atingiu diversas cidades europeias, foram criadas entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000 salas de uso seguro de drogas na Suíça, na Alemanha e, depois, a

[...] a completa reformulação da política de drogas em Portugal, que, em 2001, descriminalizou o porte para uso de todas as drogas – medida que só foi reconhecida como permitida pelo regime internacional em 2008; ou a política de tolerância deliberada com o comércio de maconha na Holanda. (PONTES et al., 2018, p.101).

No fim da primeira década e início da segunda década dos anos 2000, vários estados dos Estados Unidos criaram legislações para permitir o uso medicinal da maconha, o Uruguai apresentou modelo de regulação do comércio da maconha com objetivo de redução da violência e enfraquecimento do tráfico local.

Diante dos estudos de Paiva (2018), percebe-se que há uma persistência em políticas sobre drogas repressivas em diversas partes do mundo, o que gera dificuldades no processo de reforma consensual. No entanto, em 2016, mesmo não havendo esse rompimento, na Assembleia Geral Sobre o Problema Mundial da Drogas realizada pela ONU, o tripé: controle de demanda, controle de oferta e combate à lavagem de dinheiro foi alterado e inseriu-se textos que tratam sobre a saúde pública, sistema de justiça, políticas de desenvolvimento, direitos humanos com referências de gênero, populações vulneráveis, parâmetros de justiça e combate ao super encarceramento, mas sem a menção do termo redução de danos, mesmo já tendo sido utilizado em outros documentos da ONU.

2.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Segundo Santos (2012) em relação a história, legislações e políticas sobre drogas no Brasil, desde as Ordenações Filipinas, que entrou em vigor em 1603, já havia recomendações legais referentes às drogas, porém não proibia diretamente a fabricação e nem o consumo.

No Brasil, a primeira Lei referente às drogas é de 1851, com o regulamento Imperial, e instituiu a polícia sanitária e a regulamentação da venda de remédios. Como nas Ordenações Filipinas, esta lei não proibiu diretamente a fabricação e o consumo de drogas e foi apenas no primeiro Código Penal da República, o decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890, que se passou a considerar crime vender ou ministrar drogas sem autorização legítima.

Com a expansão do consumo de drogas nas primeiras décadas do século XX, foram tomadas medidas para evitar que o consumo se espalhasse por diversas classes de trabalhadores e causasse desequilíbrio social. (SANTOS, 2012).

Se, de um lado, o Estado Brasileiro estava sofrendo pressão da imprensa e grupos moralistas, do outro lado, havia a pressão para que o país realizasse adequações em sua política em razão do aumento do uso de drogas pelas classes mais pobres, além da campanha norte-americana para que o Brasil aderisse à Convenção do Ópio assinada em Haia no ano de 1914, conhecida como o Primeiro Tratado Internacional sobre Drogas. Este cenário levou à aprovação de resoluções por meio do Decreto nº 11.481 de 10 de fevereiro de 1915, mas que se mostraram insuficientes para o Brasil adequar suas leis de acordo com as decisões internacionais.

Sobre esse período de tempo da Primeira República, Pontes et al. (2018) esclarecem que as internações referentes ao uso de álcool seguiam por duas linhas diferentes: o ébrio vagabundo ou alcoolista louco. De acordo com a autora, em decorrência do aumento do número de prisões e internações relacionadas à embriaguez, o ano de 1921 pode ser considerado como marcador do problema do álcool como uma droga.

Nesse ambiente, é promulgada pelo Congresso Nacional, em 14 de julho de 1921, a Lei Federal nº 4.294, que estabelecia medidas penais mais rígidas para os vendedores ilegais, fortalecia a polícia sanitária nas suas prerrogativas e reafirmava a restrição do uso legal de substâncias psicoativas (classificadas pelo nome genérico de “entorpecentes”) para fins terapêuticos (SANTOS, 2012, p. 31).

A lei nº 4.294/1921 também previa sanções que iam desde multa à internação, dependendo da reincidência do sujeito em se apresentar publicamente em estado de embriaguez. Ao observar os estudos de Pontes et al (2018), percebemos que, nesse contexto, o usuário

quando considerado alcoólatra louco não era visto criminoso, mas sim doente e deveria ser acolhido pelo Estado em manicômios para ser reabilitado fisicamente e para a vida social.

Em determinadas situações, nas quais os usuários “perturbavam a paz social”, a intervenção era realizada pelo viés da segurança pública que os detinham em cadeias, relacionando o problema da embriaguez com a criminologia, e neste sentido, o uso do álcool estava relacionado à prática de outros delitos. “Segundo as teorias deste período, não só degradava o homem que fazia seu uso, mas inabilitava os seus descendentes para o convívio social, cada vez mais, a cada geração” (PONTES, et al. p. 05, 2018), vivendo o que Goffman (2004) chama de descrédito pessoal por ter laços familiares com uma pessoa estigmatizada. Era, portanto, colocado como um grande formador de patologias e delinquências tornando-os tão problemáticos como loucos.

Em 1936 o decreto Lei 780 cria a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes, tendo como objetivo conhecer sobre a circulação, produção e o comércio legal de drogas controladas, porém, mesmo sendo de grande importância, sua efetivação só ocorreu, em 1941, com a emissão do Decreto-Lei nº 3.114 de 13 de março, pelo presidente Getúlio Vargas. (SANTOS, 2012).

Santos (2012) explica que o decreto Lei nº 891 de 1938 trouxe as principais determinações das legislações anteriores e também novas estratégias, reforçando a repressão do Estado em cima da produção e tráfico de drogas controladas, por isso esse decreto foi considerado fundamental para o estudo das mudanças legais de drogas no Brasil.

Neste decreto de lei foram realizadas todas as adequações internacionais assinadas pelo Brasil, principalmente a Convenção do Ópio e a Convenção sobre Tráfico Ilícito em 1936. A Lei de 1938 apresentou diferenças entre o usuário e o traficante, em que o usuário deveria ser encaminhado para tratamento e o traficante para prisão.

No entanto, com o decreto de Lei nº 385 de dezembro de 1968, traficante e usuário não têm diferenciação e a mesma sanção penal passou a ser aplicada para ambos, uma vez que o decreto não caracteriza a situação para diferenciar ambos, passando a não mais existir a possibilidade de substituição da condenação em caso de diagnosticada a dependência química ou psicológica. (SANTOS, 2012).

Santos (2012) explica que na prática as sanções não alcançaram os resultados esperados, pois houve aumento no número de acusados absolvidos, visto que os juízes estavam centrados no usuário como doente que necessitava de tratamento e não de prisão.

Diante desse contexto o decreto nº 385 foi revogado em 1971 e substituído pela Lei nº 5726, que colocou fim na equiparação penal entre o usuário de drogas e o traficante, retomando

ao proposto pela Lei 891/1938. Foi então reafirmada a obrigatoriedade da participação popular em campanhas estatais relativas às drogas, além de ter reforçado as medidas de levantamento estatístico, sob a justificativa do cumprimento dos acordos internacionais (SANTOS, 2012).

Devido ao contínuo aumento do tráfico e consumo de drogas, em 1974, foi instituída na Câmara dos Deputados uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas do uso e do tráfico de substâncias classificadas genericamente como alucinógenas. Assim, se observou a necessidade de criar mecanismos para prevenção e repressão mais efetiva junto as ações educativas.

Com isso, se criou uma nova lei sobre tóxicos, Lei nº 6368, a qual ganhou espaço no Código Penal no Art. 281, referente aos crimes por tráfico e uso indevido de SPA. Sua autossuficiência possibilitou que as reformas a partir de então ocorressem com maior rapidez e flexibilidade. Esta lei teve por base ações que impediam a disseminação dos males físico, psíquico, social e moral causados pelas drogas.

A lei de 1976, conhecida como Lei de Tóxicos, reunia num único documento todas as disposições pertinentes à repressão ao tráfico e à prevenção ao uso de drogas, estipulando com independência as sanções penais para os crimes previstos. A autossuficiência na aplicabilidade da lei possibilitou que as reformas a partir de então pudessem ocorrer com maior rapidez e flexibilidade (SANTOS, 2012, p. 37).

O capítulo I da Lei sobre tóxicos dispôs sobre as medidas preventivas e trouxe como objetivo principal a prevenção do uso de drogas. Como o termo combate não é considerado técnico, foi substituído pelos termos prevenção e repressão. Outra importante alteração é que foram acrescentados os adjetivos ilícita e indevida para qualificar o tráfico e o uso ilegal.

O segundo capítulo dispõe sobre as medidas de tratamento e recuperação, definindo o dependente como doente que necessita de tratamento para sua reinserção social, mostrando no artigo 8º que quando a dependência química fosse identificada com laudo médico, os indivíduos ficariam subordinados a tratamento de caráter terapêutico não pelo sistema carcerário, mas sim pela face assistencialista do Estado.

E passa a ser determinado que todos os estados brasileiros deveriam criar clínicas e ambulatórios especiais para tratamento do dependente químico, assim como contratar profissionais especializados para o tratamento. A lei mostra que o usuário não poderia ser punido diretamente e que tal medida causaria um crime sem vítima, já o tráfico ilícito de drogas, fabricar, produzir, remeter, adquirir, transportar, semear, preparar e guardar, passou a ser configurado como crime de perigo abstrato (SANTOS, 2012).

Em dezembro de 1980 o decreto n° 85.110 instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, tendo como objetivos a coordenação e integração entre os diversos órgãos estatais envolvidos no combate ao tráfico e ao uso ilegal de drogas.

Santos (2012) relata que o sistema funcionou em torno do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão executivo que tinha como objetivo propor a política nacional de entorpecentes. O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes era apoiado por uma rede de órgãos que trabalhavam subordinados ao CONFEN, comprovando uma maior concentração no poder judiciário das iniciativas repressivas.

Sobre as alterações nas normativas relacionadas às drogas, principalmente no período da ditadura militar (1964 – 1984), Boiteux (2015) assimila a adesão do Brasil aos tratados internacionais de controle às drogas aos interesses relacionados à repressão em várias esferas, dentre elas à própria política sobre drogas, e, em contrapartida, uma tardia adesão a tratados universais em defesa dos direitos humanos, consequência da punição e violência praticada pelo Estado brasileiro.

E como resultado de uma política de drogas punitiva, observa-se o crescimento da violência, a superlotação carcerária, o aumento do consumo de substâncias ilícitas como o crack, por exemplo, além da restrição às medicações essenciais para o tratamento de doenças, como a epilepsia em crianças através do uso medicinal da maconha e a negação de seus benefícios terapêuticos. Nesse mesmo sentido, seguiu a convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) contra o tráfico ilícito de substâncias psicotrópicas de 1988 realizada em Haia que,

[...]previa dispositivos direcionados à erradicação do cultivo de plantas narcóticas, e foi com base neste último instrumento que se internacionalizou de forma definitiva a política de “guerra às drogas” que legitimou, inclusive, intervenções militares norte-americanas em territórios de outros países. Isso sem mencionar que essa política ainda indicava a ampliação das penas de prisão em crimes de drogas, não só para o tráfico de drogas, como também para os usuários. (BOITEUX, 2015, p.04,)

Mesmo com todas essas alterações ao longo do processo de normativas, até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política específica referente à demanda de consumo e venda de drogas. Foi a partir da XX Assembleia Geral das Nações Unidas que foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas. O CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD - diretamente vinculada à então Casa Militar da Presidência da República.

Em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345, foi criada a Política Nacional Antidrogas – PNAD com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados. A política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas - PNAD e foi aprovada pelo CONAD em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano por meio da Resolução nº 3, e em 2006 foi aprovada a Lei nº 11.343/2006, conhecida como a Lei sobre drogas, sendo este o principal processo de elaboração da atual política sobre drogas. (SANTOS, 2012).

2.4 POLÍTICAS SOBRE DROGAS E/NO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo os estudos de Secchi (2012), o processo para elaboração de políticas públicas também pode ser chamado como ciclo de políticas públicas, e é composto por 7 etapas: 1) identificação do problema; 2) formação da agenda; 3) formulação das alternativas; 4) tomada de decisão; 5) implementação; 6) avaliação; e 7) extinção. De acordo com o autor, esse ciclo contribui para que problemas públicos sejam pensados e respondidos de forma eficaz, “ajuda a organizar as ideias, faz com que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos” (SECCHI, 2012, p. 44).

Um problema público é a diferença entre a realidade e a situação ideal, e pode aparecer de forma inesperada, como em casos de catástrofes e pandemias, ou podem ganhar notoriedade aos poucos, como no caso do modelo hospitalocêntrico para tratamento de transtornos mentais, que levou décadas até chegar à agenda do governo.

E a situação problema pode ainda estar presente por bastante tempo, mas sem notoriedade, porque a população aprendeu a conviver com ele, em outros casos, o problema pode não estar atrelado ao agravamento de um cenário, mas sim à melhoria de uma determinada situação em comparação com outro contexto. Como melhorias em atendimentos à saúde de um determinado município que fazem despertar a necessidade e possibilidade de mudança em outra cidade.

E no caso do uso de substâncias psicoativas, visto como problema a partir do consumo abusivo que impossibilita os sujeitos a realizarem suas atividades de rotina e viver de acordo com os parâmetros impostos pela sociedade.

Pela observação e aspectos apresentados à primeira etapa do ciclo de políticas públicas, a identificação do problema público envolve três processos: 1) a percepção do problema; 2) definição ou delimitação do problema; e 3) avaliação da possibilidade de solução.

A percepção do problema é descrita por Secchi (2012) como o momento em que determinada situação passa a gerar desconforto e insatisfação à população. A definição ou delimitação do problema é identificar as principais características, a fim de apontar possíveis soluções, causas, culpados, obstáculos e avaliações, contudo, vale lembrar que o mesmo problema pode ser redefinido de acordo com os interesses dos atores envolvidos no processo, população e governo, por exemplo.

A avaliação da possibilidade de solução é focar na solução do problema em si, visto que, para o autor, um problema sem solução não é um problema. No entanto, nem sempre as políticas públicas darão conta de responder aos problemas em sua totalidade, mas a solução poderá se atrelar a diminuir suas consequências negativas. Ou seja, um problema público só é apresentado enquanto um, quando acompanhado de uma solução em potencial.

Pensando na primeira fase do ciclo para elaboração de políticas públicas relacionada ao processo de elaboração da atual política sobre drogas em seu eixo sobre tratamento à dependência química, percebemos que as ações executadas pelo Estado já se mostravam ineficientes e como um problema anterior ao processo da reforma psiquiátrica.

Considerando que a primeira fase é a identificação do problema, podemos dizer que essa fase ocorreu no momento em que os atores sociais envolvidos no movimento da reforma psiquiátrica perceberam que o modelo de tratamento hospitalocêntrico ofertado pelos antigos manicômios não estava sendo suficiente para atender às demandas relacionadas à dependência química, e como já discutido anteriormente, fortalecia diversas formas de preconceitos, exclusões e violência. Diante desse cenário, pensa-se em uma política que siga as mesmas diretrizes da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. (YASUI, 2010).

A segunda fase é a formação da agenda. “A agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes” (Secchi, p. 46, 2012), de acordo com os estudos do autor a agenda pode ser política, formal ou da mídia.

O primeiro tipo de agenda é o conjunto de problemas em que a comunidade política reconhece a necessidade de intervenção por parte do Estado; a segunda é também conhecida como agenda institucional, que é aquela composta por problemas que o poder público já decidiu enfrentar; e o terceiro tipo de agenda é formada pelos problemas que os meios de comunicação divulgam em proporção maior, e comumente, entram para agenda política e formal.

É válido destacar que problemas entram e saem das agendas à medida que ganham e perdem notoriedade e importância. A falta de interesse político, limitação de recursos humanos e falta de pressão popular contribuem para que os problemas saiam da agenda, e, em outro

turno, o surgimento e agravamento de problemas, manifestação popular e interesse político podem inserir situações problemáticas na agenda.

Secchi (2012) explica que para um problema entrar na agenda precisa de três condições: 1) atenção por parte de diversos atores, como movimentos sociais, políticos, comunidade acadêmica e mídia; 2) resolutividade, propostas de possíveis ações para a resolução; e 3) competência, o poder deve alcançar responsabilidades públicas.

A segunda fase da elaboração da política sobre drogas ocorreu a partir do momento em que os movimentos sociais relacionados ao tema ganharam notoriedade por meio de articulações, denúncias e manifestações realizadas pelos diversos atores envolvidos no processo. Paralelamente a isso são acumulados saberes científicos e experiências de outros países em busca de levantar uma nova forma de atendimento. (YASUI, 2010).

Após a entrada do problema na agenda, a elaboração das políticas públicas caminha para a terceira etapa do ciclo, a formulação de alternativas. Nesta fase são examinadas os custos, benefícios e riscos das possíveis ações e estabelecidas pelos atores envolvidos objetivos, metas e resultados que se pretende alcançar, além de delimitar a maneira como a política será executada, ou seja, é nesse momento que são elaborados métodos, programas, estratégias e ações para execução da política pública e analisados os recursos que serão necessários, humanos, financeiro, institucional, técnico e material.

Nesta fase a política em questão desenhou-se além da proposta de abstinência que já estava sendo executada pelo Estado e propõem-se a redução de danos como alternativa de tratamento.

A quarta fase do ciclo da elaboração de políticas públicas, a tomada de decisões “é vista como a etapa que sucede a formulação de alternativas e soluções” (Secchi, 2012, p. 51), é neste momento que as ações propostas na fase anterior são explicitadas pelos atores envolvidos para que a escolha de alternativas para solução de problemas seja definida.

O autor coloca três formas para se compreender essa dinâmica de escolha. A primeira forma é quando os atores vão em busca de soluções, para isso analisa o problema já estudado e os objetivos definidos em busca de determinar qual escolha é a mais apropriada em termos de rapidez, sustentabilidade, equidade e demais critérios utilizados para elaboração da política pública. A segunda forma é quando os tomadores de decisão vão encaixando o problema à solução, comparando qual tipo de alternativa é mais apropriada e melhor se encaixa ao problema e aos resultados que se pretende alcançar. A terceira forma é quando os tomadores de decisão já têm a solução para um problema em mãos e vão em busca de informá-lo publicamente para que se torne uma política pública. (SECCHI, 2012).

Após ser repensada, a quarta fase do ciclo da política de drogas foi redefinida por meio de normativas e um novo modelo de tratamento à dependência química, tendo como base a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei sobre Drogas 11.346/2006 e a Rede de Atenção Psicossocial. Paralelo a isso, houve o fechamento progressivo dos manicômios e abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este movimento de criação das instituições, a quinta fase da implementação desta política, que passa a ter como parâmetro principal de tratamento a redução de danos.

A quinta fase do ciclo é chamada de implementação, é nesse momento que todo o planejamento e estudos que a antecederam são colocados em prática e transformados em ações. Secchi (2012) explica que nesta fase, por meio de recursos analíticos, é possível visualizar de forma concreta as falhas e os obstáculos das políticas públicas.

Esta é a fase responsável pela organização gerencial da política, é neste momento que os atores envolvidos são postos à prova, não só os estatais, mas fornecedores, prestadores de serviço, grupos de interesse e público alvo das ações.

É no momento da implementação de funções administrativas, como liderança e coordenação de ações são postos à prova. Os atores encarregados de liderar o processo de implementação devem ser capazes de entender elementos motivacionais dos atores envolvidos, obstáculos técnicos e legais presentes, as deficiências organizativas, os conflitos potenciais, além de agir diretamente em negociações, construção de coordenação entre executores e cooperação por parte dos destinatários. É nesta fase que também entram em cena outros atores políticos não estatais [...]. (SECCHI, 2012, p. 57)

Ao longo de seus estudos Secchi (2012) apresentou dois modelos de implementação de políticas públicas: Modelo top-down (de cima para baixo) e o modelo bottom-up (de baixo para cima).

O primeiro modelo é conhecido por separar a implementação das demais fases, sendo assim, as políticas públicas são definidas e pensadas na esfera política e a implementação é apenas um esforço administrativo para colocar em prática o que foi definido e, conseqüentemente, os maus resultados da execução recairia apenas sobre os agentes executores (professores, médicos, auxiliares administrativos, etc), eximindo a classe política dos resultados negativos.

Em contrapartida, o modelo bottom-up é conhecido por uma maior autonomia por parte dos políticos e dos agentes executores. Desta forma, todos envolvidos com política têm participação na escolha da solução do problema e nas possíveis alterações que as ações podem sofrer no decorrer da implementação, sendo a implementação avaliada pelos resultados

alcançados e não pelo cumprimento integral do que foi proposto nas fases anteriores que antecederam a implementação.

No modelo bottom-up o desenho que a política pública recebe após a tomada de decisão pode ser alterado de acordo com as necessidades daquele que a executa. Secchi (2012) explica que esse remodelamento não é visto como um desvio das ações, mas sim como uma necessidade dos agentes que se deparam com os problemas cotidianos da implementação.

Seguindo os estudos de Secchi (2012), a fase seguinte é a avaliação da implementação das ações que materializam a política pública, nesse processo são avaliados tanto os resultados positivos como os negativos. Os principais critérios para essa avaliação são: 1) economicidade, relacionado à forma como os recursos foram utilizados; 2) produtividade, refere-se ao que foi produzido com as ações; 3) eficiência econômica, trata-se da relação entre recursos utilizados e produção; 4) eficiência administrativa, conciliação entre a execução e os métodos pré-estabelecidos para execução; 5) eficácia, trata-se do percentual de metas e objetivos alcançados; e 6) equidade, relacionado à homogeneidade de distribuição de benefícios entre a população atendida pela política.

A avaliação a partir desses critérios pode seguir na perspectiva jurídica/legal, técnica/gerencial ou política. O tipo de avaliação que tem como foco aspectos jurídicos verifica até que ponto princípios da legalidade e eficiência administrativa foram atingidos, além dos direitos básicos dos usuários. A avaliação que privilegia aspectos técnicos tem como foco a eficácia da execução das metas e economicidade, menor utilização de recursos e a eficiência econômica da política. E uma avaliação política vai levar em consideração a percepção dos usuários dos serviços em relação à política pública, a legitimidade do processo de elaboração, a participação dos atores envolvidos nas diversas etapas de construção e implementação da política. (Secchi, 2012).

Os critérios de avaliação utilizam indicadores para medir os resultados da execução das ações e da política pública e estão relacionados com gastos financeiros, recursos humanos e materiais, estes foram chamados por Secchi (2012) como indicadores de entradas do sistema.

Outros indicadores o autor relacionou com a produtividade de serviços e produtos e estão vinculados à quantidade de pessoas atendidas, atendimentos prestados, ações executadas ou produtos produzidos, este indicador também aponta para a capacidade que as ações tiveram para solucionar o problema foco da política e podem ser medidos por meio do grau de satisfação dos usuários, reclamações, qualidade dos serviços prestados, acessibilidade da política pública, cumprimento dos objetivos por parte dos agentes e gastos gerados pela execução.

No entanto, Secchi (2012) explica que definir indicadores adequados possui algumas dificuldades e aponta critérios para escolha de indicadores elaborados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), utilizados em processos de auditorias. São eles: 1) validade de que as informações levantadas se tratam do fenômeno estudado; 2) confiabilidade nas fontes utilizadas para levantar informações; 3) simplicidade: indicadores de fácil compreensão; 4) acessibilidade: fácil acesso aos dados; e 5) estabilidade: as fontes dos dados devem ser estáveis a longo prazo e que permitam comparações históricas. Outras qualidades apontadas pelo autor são: representatividade, homogeneidade, praticidade, independência e seletividade.

Além de indicadores deve-se estabelecer parâmetros comparativos e podem ser padrões absolutos compostos por metas qualitativas ou quantitativas estabelecidas antes da implementação da política pública e padrões normativos estabelecidos com base em um padrão ideal do que seria a execução da política.

O processo de avaliação cria espaço para mensurar os resultados e comparar a situação problema antes e depois da implementação da política. Esse processo pode tanto aguçar os olhares dos atores a fim de melhorar a política pública, como mantê-la da forma que está ou a extinção da mesma. Considerando a etapa de avaliação das políticas públicas, como que as comunidades terapêuticas têm sido avaliadas pelo Estado para que seja comprovada ou não a eficácia em sua metodologia de atendimento a fim de propor a continuidade, alterações ou até mesmo a extinção dessas instituições?

2.5 ESTIGMATIZAÇÃO E CONSERVADORISMO

A extinção é a última fase do ciclo das políticas públicas descrita por Secchi (2012). De acordo com o autor as causas da extinção das políticas são basicamente quatro: 1) resolução do problema; 2) ineficácia das ações, programas, leis e projetos que formaram a política; 3) mesmo não sendo resolvido o problema, perdeu a importância e saiu das agendas formais e políticas; e 4) existem ainda aquelas que já foram formuladas com prazo de validade estipulado, vencendo o prazo se extingue a política.

No entanto, assim como o nascimento, a extinção de políticas públicas também passa por luta de interesses entre os atores envolvidos e janelas de oportunidade, ou seja, facilmente haverá grupos cujo interesse é extinguir uma determinada política, grupos a favor de sua manutenção e grupos a favor da melhoria da mesma.

No caso da política sobre drogas, assim como outras áreas relacionadas à saúde mental, vemos no contexto brasileiro um retrocesso, em que grupos contrários à redução de danos e de

cunho conservador, especialmente a partir de 2016, alcançaram alterações nesta política que trouxeram de volta a abstinência, a internação em hospitais psiquiátricos e acolhimento em comunidades terapêuticas como metodologia para tratamento à dependência química. (YASUI, 2010).

É válido lembrar que a redução de danos surge em consequência da luta antimanicomial, com uma postura contrária à abstinência e de guerra às drogas que visa reprimir e punir o usuário de SPA. Os primeiros avanços da luta antimanicomial foram vistos com a abertura dos CAPS e fechamento de hospitais psiquiátricos, contudo, essa estratégia passou a alcançar os usuários de álcool e outras drogas no final da década de 1990 e início dos anos 2000 com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

A portaria GM nº 816/2002 instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária integrada aos usuários de substâncias psicoativas e é considerada um grande avanço para implantação da política de redução de danos na dependência química, prevendo tanta abertura de CAPS-AD como o reordenamento dos serviços e ações prestados a essa população. A redução de danos, contrária à abstinência, reconhece cada sujeito em suas singularidades como cidadãos e sujeitos de direitos com autonomia para determinar junto com a equipe profissional sobre aspectos e áreas de sua vida.

No entanto, quando pensamos nos ciclos que as políticas públicas perpassam ao longo de sua execução, a política de drogas brasileira vem sendo ameaçada pelo conservadorismo e pela retomada da abstinência, principalmente após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e das eleições presidenciais de 2018.

Um dos pontos preocupantes dessas alterações é o financiamento público de clínicas particulares e comunidades terapêuticas com recursos que poderiam ser revertidos e aplicados na RAPS, como abertura de CAPS-AD e outros equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados à saúde mental.

Muitas comunidades terapêuticas são administradas por grupos religiosos e têm em sua base de atendimento a religião, o que fere o caráter laico do Estado e as diretrizes das atuais legislações de saúde mental que têm como compromisso manter e implementar equipamentos de caráter público, estatal e laico. (DIEST, 2017).

Quando observamos o histórico da política sobre drogas e a luta antimanicomial, percebemos algumas características que direcionam não apenas o tratamento e atendimento de transtorno mental, mas como essas pessoas eram vistas pela sociedade. A abordagem feita a essas pessoas estava sempre vinculada a um viés punitivo, higienista e de criminalização, fruto de uma sociedade que encontra nesses sujeitos o desequilíbrio social, que culpabiliza tanto a

família como o usuário pelo contexto de dificuldades e limitações que vivem resumindo o sujeito apenas ao uso da substância e que a reforma psiquiátrica buscou romper.

Diante dessas questões apresentadas, iremos nos próximos tópicos analisar a atual política sobre drogas em seu eixo de tratamento paralelo com outras legislações vinculadas ao assunto, a fim de compreender se houve o rompimento de tais características nos atendimentos ofertados pelas comunidades terapêuticas.

A dialética de observar o presente analisando o passado é importante para compreender se as legislações que regulamentam as comunidades terapêuticas estão de fato na contramão da reforma psiquiátrica, e se não estão teoricamente, como têm sido na prática. E não só isso, de acordo com Goffman (2004), os estigmas relacionados à dependência química contribuem ainda mais para a exclusão social, higienização e criminalização desse grupo de pessoas e daqueles que os cercam. Sendo assim, paralelo a discussão em torno das legislações, será analisado como as consequências geradas pelo estigma relacionado à dependência química são abordadas pelas comunidades terapêuticas, principalmente a exclusão social, culpabilização e criminalização do uso.

Outro ponto importante sobre estigma trazido pelo autor é que ao trabalhar tal conceito precisamos considerar não apenas o conjunto de atributos, mas também como ocorrem as relações sociais. Um atributo pode ser visto como algo bom para determinada parcela da sociedade e ruim para outra, o uso de algumas drogas, por exemplo, historicamente estão inseridos em rituais religiosos e medicinais, assim como o uso da maconha medicinal.

Contudo, temos, também, o uso do álcool, que é culturalmente inserido em ocasiões de lazer e comemorações de forma natural e neutra, no entanto, quando o consumo passa a se tornar abusivo e se torna um problema para outras pessoas e para sociedade, o uso passa a ser recriminado, assim como o da maconha e de outras drogas. Neste momento da discussão levantamos uma questão: quais parâmetros que a sociedade usa para estigmatizar um usuário de drogas?

Com base nos autores que discutimos até aqui, percebemos que comumente a estigmatização está relacionada à forma que o usuário dessas substâncias se insere na sociedade, ou seja, com os prejuízos visuais e concretos que este pode ocasionar, como optar em viver em situação de rua, furtos, tráfico de drogas, acidentes de trânsito, conflitos verbais e físicos em seus vínculos familiar, de trabalho e social.

Ao longo do desenvolvimento humano a própria sociedade foi criando e estabelecendo padrões que tornam possível a convivência entre os indivíduos, que determinam quem está e quem não está apto à socialização sem ser marginalizado. Contudo, percebe-se que aqueles que

possuem estigmas, também criados pela própria sociedade, têm dificuldade de se incluir em determinados espaços.

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias: Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com "outras pessoas" previstas sem atenção ou reflexão particular. (GOFFMAN, 2004, p. 05)

E o que acontece quando, em meio às rotinas de relações sociais entre indivíduos que possuem atributos considerados comuns e naturais à sociedade, se deparam com indivíduos estigmatizados pela dependência química?

Goffman (2004) explica que, quando indivíduos estranhos uns aos outros são apresentados, o primeiro acontecimento é a análise das categorias e de seus atributos, em busca de criar identidade social de ambas as partes. Nesse processo criamos expectativas em relação ao que outro é ou ao que deveria ser, estabelecendo assim o que o autor chama de identidade social virtual (características que atribuímos aos outros) e que em maior parte se distingue da identidade social real de cada um, ou seja, de quem de fato a pessoa é em sua totalidade. Observando as reflexões sobre o fenômeno da dependência química, percebemos que os sujeitos inseridos nessa categoria pela sociedade, possuem um estigma que os invalidam enquanto indivíduos aptos à convivência em sociedade.

Goffman (2004) explica que o estigma e seus sinônimos ocultam uma dupla perspectiva: a primeira são os desacreditados, aqueles cuja características que os tornam estigmatizados já é conhecida ou imediatamente evidente; a segunda, a dos desacreditáveis, aquele que seu estigma não é conhecido, nem percebido imediatamente.

É comum que um dependente químico já tenha passado por duas situações, o principal tipo de estigma na dependência química está relacionado ao caráter do usuário. Não é difícil se deparar com pessoas, notícias e reportagens que desqualificam essa população, provocando exclusão social e derivando essa exclusão das suas más escolhas, fraqueza, tirania, desonestidade e falsas crenças.

No entanto, em momentos da vida em que o dependente está sem fazer uso de substâncias por um período de tempo suficiente para tornar sua aparência física aceitável socialmente, por serem as características subjetivas ligadas ao caráter não percebidas de imediato, o sujeito é tido como desacreditável, ao passo que o dependente em uso é visto na perspectiva de desacreditado, pois as marcas do constante uso das substâncias estão visíveis, na

maioria das vezes, em suas roupas gastas e/ou sujas, baixo peso, marcas de uso pelo corpo vistos em sua saúde bucal, mau cheiro e falta de higiene pessoal.

Além do caráter, Goffman (2004) menciona deformidades no corpo e características raciais, de nacionalidade étnica e religiosa como tipos de estigmas. Por exemplo, um dependente químico com a cor de pele branca e que pertence a uma classe mais favorecida financeiramente será encarado de uma forma diferente de um dependente químico negro e pobre.

Soma-se à carga de estigma, ainda, a orientação sexual das pessoas. Tratando-se de comunidades terapêuticas, em alguns casos, não é feito acolhimento das populações lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais (LGBTQIAP+), e quando feito, um dos focos da instituição é “consertar” a orientação sexual do indivíduo, desconsiderando a forma como a própria pessoa lida com seu corpo e se vê nele.

Em todos esses exemplos de estigma, entretanto, inclusive aqueles que os gregos tinham em mente, encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. (GOFFMAN, 2004, p. 08).

Tratando-se da dependência química, o indivíduo é comumente resumido pela sociedade como um dependente químico e por todo o estigma que a doença traz, vazios de atributos positivos, principalmente quando as pessoas com quem ele se relaciona não se afastam de suas expectativas negativas em relação ao sujeito.

Outras questões que pretendemos investigar, além da existência da ruptura das comunidades terapêuticas com a reforma psiquiátrica, são: identificar como as comunidades terapêuticas trabalham com a questão do estigma imposto aos dependentes químicos pela sociedade. Elas contribuem para a marginalização, higienização ou inclusão social? Qual a metodologia que essas instituições utilizam para atender aos usuários e seus familiares e suas relações com a sociedade? Elas de fato contribuem para o tratamento à dependência química e a vivência em sociedade?

3 POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA SOBRE DROGAS PÓS-REFORMA PSQUIÁTRICA E O TRATAMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.

3.1 HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

A experiência das Comunidades Terapêuticas (CT) na psiquiatria e atendimento à dependência química surgiu na Inglaterra durante a primeira metade dos anos de 1940, fundada pelo médico psiquiatra Maxwell Jones. Segundo Vieira (2007), o trabalho de Jones foi considerado um grande marco na revolução da psiquiatria, no entanto, estudos mostram que instituições semelhantes às CTs já existiam há mais de dois mil anos com a finalidade de tratar problemas da alma.

Em complemento Vieira (2007) explica que essas instituições surgiram no início dos anos 1990 em resposta à ineficiência dos antigos manicômios e Costa (2009) relaciona a existência e expansão das comunidades com o vácuo deixado pelas políticas públicas, ao longo da história, que envolvem o uso de álcool e outras drogas.

Influenciado pelo modelo de Maxwell Jones e pelo método de auto ajuda dos alcoólicos anônimos, surgiu em 1958 a primeira comunidade terapêutica voltada à dependência química quando um pequeno grupo de dependentes de álcool em recuperação decidiram viver juntos, buscando, além da abstinência, um estilo alternativo de vida.

Fruto disso surgiu, em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira CT, chamada Synanon - no início considerada um novo tipo de terapia. Em agosto de 1959 a organização foi oficialmente fundada para atender todos os dependentes químicos independentemente do tipo de substância psicoativa que fazia uso. Ao contrário das reuniões dos Alcoólicos Anônimos (AA), que contavam com a presença de pessoas que não tinham parado de beber, os residentes da Synanon tinham de ficar livres de substâncias como condição à participação no programa.

No Brasil a expansão das CTs se deu a partir de 1978 com a fundação da Fazenda do Senhor Jesus em Campinas – SP, pelo Padre Haroldo J. Rahm, o qual observou que somente os recursos terapêuticos da CT para alguns dependentes de drogas eram insuficientes, prevendo a inserção, no atendimento de pessoas dependentes de substâncias, em comunidades terapêuticas, equipes de profissionais que poderiam contribuir com outras abordagens psicossociais (VIEIRA, 2007).

De acordo com a pesquisa realizada pela Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia - DIEST (2017), até o ano de 2016 existiam no Brasil cerca de 83.600 vagas para tratamento em um total de 1.950 comunidades terapêuticas.

Estudo publicado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e da Organização Não Governamental (ONG) Conectas Direitos Humanos identificou que entre 2017 e 2020 o Brasil investiu cerca de R\$ 560 milhões em vagas em comunidades terapêuticas; desse valor, aproximadamente R\$ 300 milhões foram do governo federal, sendo 593 comunidades financiadas beneficiadas nesse período. (CONNECTAS; CEBRAP, 2022).

O estudo citado acima também mostrou que em 2017 e 2018, ainda na gestão de Michel Temer, o governo federal destinou cerca de R\$44,2 milhões e R\$39,3 milhões, respectivamente. Em 2019, primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro, o valor saltou para R\$104,8 milhões (169%) e no ano seguinte se manteve no mesmo patamar de R\$105,2 milhões. Já em 2021, o valor do investimento do governo federal nas comunidades terapêuticas chegou a R\$134 milhões.

Após o edital de credenciamento público nº 17/2019, o governo federal passou a financiar, em 2022, cerca de 17.300 mil vagas em mais de 700 comunidades terapêuticas em todos os estados brasileiros, com os seguintes valores por vagas: R\$1.172,23 (um mil, cento e setenta e dois reais e vinte e três centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adultos masculino e feminino R\$1.527,37 (um mil, quinhentos e vinte e sete reais e trinta e sete centavos), por mês, por serviços de acolhimento de mãe nutriz, acompanhada do lactente.

Desde a incorporação dessas instituições na RAPS em 2011 os repasses públicos às comunidades terapêuticas aumentou consideravelmente, principalmente na gestão do governo Jair Bolsonaro, que adotou o serviço como o principal eixo de cuidados à população que enfrenta esse problema, substituindo a redução de danos pela abstinência, além de ampliar o número de vagas na CTs em detrimento dos CAPS.

Segundo o próprio Ministério da Cidadania e os dados apresentados acima, as comunidades terapêuticas passaram a ter papel mais protagonista na gestão federal do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), saltando de 2.900 vagas financiadas no início de 2018 para 17,3 mil vagas contratadas em 2022.

3.2 LEGISLAÇÕES DE ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao longo deste capítulo iremos analisar como as atuais normativas regulamentam e organizam a execução dos serviços voltados ao tratamento à dependência química nas comunidades terapêuticas no Brasil e a segunda discussão está centrada na subjetividade de cada pessoa dependente de substâncias psicoativas no Brasil.

Para dar início ao desenvolvimento das respostas referente às questões levantadas no capítulo anterior é necessário, além do histórico dessa política e da reforma psiquiátrica, observar os seguintes marcos legais:

- Lei nº 10.216, de 24/08/2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Lei nº 11.343, de 23/08/2006 - Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) - Alterada pela Lei nº 13.840, de 05/06/2019;
- Portaria nº 3.088, de 23/11/2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Alterada pela Portaria nº 3.588, de 21/12/2017);
- Resolução CONAD nº 1, de 19/08/2015 - Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas.

Conforme mencionamos no capítulo anterior, a lei 10.216/2010 materializa a luta pela reforma psiquiátrica, trazendo embasamento legal para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental e será discutida de forma mais analítica no quadro 1 em comparação com a resolução 01/2015.

A Lei 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e tem como finalidade sistematizar a operacionalização e execução da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), e para isso: a) prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; b) estabelece normas para repressão à produção e ao tráfico ilícito de drogas; c) define crimes e dá outras providências e tem como órgão superior o Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD).

A política sobre drogas envolve diversos atores federais, estaduais e municipais e atua de forma transversal com as demais políticas públicas, com destaque para articulação com a política de assistência social, saúde, educação e segurança pública e está organizada em 4 eixos de ação: 1) prevenção; 2) tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social; 3) redução da oferta; e 4) estudos, pesquisas e avaliações.

A Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) tem como responsabilidade organizar, desenvolver e fiscalizar ações que promovam a execução dos 4 eixos dessa política. No entanto, nossos estudos estão voltados para o eixo 2: tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social, com foco nas comunidades terapêuticas. Antes iremos, mais à frente, de forma breve relatar os demais tipos de tratamento à dependência química.

Esse eixo é responsável por: 1) implantar e organizar a rede integrada de atendimentos para pessoas com transtornos decorrentes do uso de SPAs; 2) avaliar e acompanhar tratamentos e iniciativas terapêuticas; e 3) reduzir as consequências sociais e de saúde em função do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas.

O tratamento à população com problemas associados ao uso de drogas está organizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como parâmetro principal para organização e execução dos serviços a portaria nº 3.088, de 23/11/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, definindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), consultório de rua, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como pontos de atenção e tratamento da doença.

As comunidades terapêuticas estão regulamentadas pela Resolução 01/2015 e habilitadas a acolher de forma voluntária pessoas com problemas relacionados à dependência química. De acordo com a classificação internacional de doenças (CID 10), a dependência química é um transtorno mental devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas e pode ser caracterizada pelo uso de um ou mais tipos de substâncias que variam entre lícita e ilícita (OMS, 2022). Sendo assim, os atendimentos ofertados por essas instituições devem observar os dispostos na lei 10.216/2001.

3.3 REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA ATUALIDADE

A resolução 01/2015 é a normativa mais atual em relação às comunidades terapêuticas e as caracteriza como entidades que prestam acolhimento a pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependente de substâncias psicoativas, e considera para regulamentação dessas instituições a lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais.

Por ser considerado um transtorno mental e em busca de compreender quais são as rupturas e continuidades das práticas manicomialis nas comunidades terapêuticas, o foco principal para discussão desse tópico será comparar a resolução 01/2015 com a lei 10.216/2001. Contudo, ao fazer a discussão serão analisados alguns pontos das demais normativas que auxiliam a responder às indagações da pesquisa, sendo elas: a lei 11.343/2006; RDC 29/2011 e a portaria 3.088/2003.

Vale lembrar que a desinstitucionalização e a defesa dos direitos humanos voltados às pessoas com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos, são os principais objetivos da reforma psiquiátrica, e quando falamos no tratamento à dependência química, independente da modalidade de atendimento, os equipamentos que prestam esses serviços precisam considerar em seus atendimentos a lei 10.216/2001.

Yasui (2010) explica que a desinstitucionalização trata de um processo social que tende a transformar a relação entre paciente, profissional e instituição. Instituições que pós-reforma psiquiátrica criam espaços para uma nova estrutura de atendimento à saúde mental e que substituem o modelo de internação e asilar, além de contribuir para a inclusão social dos sujeitos e dar ênfase no fortalecimento de vínculos sociais e familiares dos pacientes, ou seja, o processo de desinstitucionalização é a “ruptura que nasce da invenção de saberes e fazeres que constroem um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico” (YASUI, 2010, p. 163).

Por outro lado, o tratamento por meio da institucionalização, em alguns casos de transtorno mental e até mesmo de dependência química, coloca as pessoas como não aptas a conviverem em sociedade, retirando-as do meio em que vivem, autorizando seu retorno ao convívio apenas quando as considerem curadas, contribuindo assim para a exclusão social sem atentar-se para os direitos humanos e acesso à cidadania.

Analisando estudos de Goffman (2004) sobre as consequências do estigma, observamos que os estigmatizados tendem a ser excluídos do convívio entre os pares por não serem considerados aptos a conviver em determinados espaços. O autor traz ainda que vícios e o uso abusivo de álcool são considerados estigmas, sendo assim, conseguimos identificar que a

dependência química, mesmo sem o tratamento por meio da institucionalização, gera um estigma em quem convive com a doença, que pode ficar ainda mais evidente com a institucionalização.

Desta forma, ao observar os estudos de Yasui (2010) sobre a desinstitucionalização em paralelo com os de Goffman (2004) sobre a exclusão social vivenciada pelos estigmatizados, observamos que o tratamento à dependência química por meio da institucionalização tende a contribuir com a exclusão social e com a dificuldade dos pacientes em ter acesso a um tratamento humanizado livre de preconceito.

No entanto, as alterações ocorridas na política sobre drogas em 2019, por meio da lei 13.840, facilita o tratamento à dependência química em equipamentos fechados, tanto por meio da internação voluntária, como a involuntária e compulsória, e, conseqüentemente, diminui o repasse de verba aos CAPS e contribui para o aumento do financiamento público às comunidades terapêuticas, o que representa um retrocesso à reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, e pensando no que Goffman (2004) analisa sobre a relação dos estigmatizados com a população que não sofre com o estigma, o conceito que o autor apresenta sobre “normais” nos auxilia a pensar neste retrocesso e como tem sido aceita por parcela da população, mesmo diante de conseqüências negativas ao paciente psiquiátrico ou dependente de substâncias psicoativas.

Para o autor, os normais são as pessoas não estigmatizadas. Neste caso, os normais tendem a acreditar que a pessoa que sofre com a dependência química, assim como os demais estigmatizados, não são pessoas normais ou completamente humanos, e por isso precisam ser consertados para então conviverem em sociedade. Comumente grande parcela da população acredita e se apoia nessa crença, principalmente quando a fala vem de atores influentes na sociedade e pelas mídias, a mesma lógica segue àqueles em privação de liberdade, uma vez que o sistema prisional brasileiro não é executado na lógica de reeducação e reinserção social, mas da punição.

As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. (GOFFMAN, 2004, p. 08)

Trazendo para discussão o atual modelo e metodologia de atendimento que as comunidades terapêuticas utilizam para realizar o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, nos questionamos se essas instituições não têm contribuído para a estigmatização desses sujeitos e com a exclusão social, além de favorecer essa visão que os “normais” tendem a ter em relação aos estigmatizados, mesmo quando o dependente químico não se vê como estigmatizado. Neste aspecto, acontece o que Goffman (2004) coloca, o sujeito carrega um estigma, mas não se vê nele e nem se sente arrependido por fazê-lo, principalmente porque muitas vezes os próprios dependentes não se percebem na dependência do uso de substâncias.

A lei 11.343/2006 regulamenta as comunidades terapêuticas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e as inclui na rede de atendimento à dependência química, como instituições que prestam serviço de acolhimento em caráter voluntário às pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, vedadas de realizar qualquer modalidade de internamento: involuntário e compulsório.

A resolução RDC 29/2011 é responsável por organizar e aprovar os requisitos de segurança sanitária para instituições que prestam serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, prevendo que as instituições que prestarem serviços de natureza clínica deverão observar cumulativamente as disposições colocadas pelas normas de saúde.

E a portaria nº 3088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece as comunidades terapêuticas como serviço de saúde em regime residencial e caráter transitório por até nove meses para adultos com problemas associados ao uso de álcool, crack e outras drogas e que apresentam quadro de saúde estável.

Em busca de compreender se de fato o marco regulatório das comunidades terapêuticas se atenta para a lei da reforma psiquiátrica, o quadro 1 apresenta de modo comparativo os dispositivos trazidos tanto pela resolução 01/2015 quanto pela lei 10.216/2001. Para sua elaboração não foram consideradas as especificidades da lei 10.216/2001 quanto à internação.

Antes do quadro ser apresentado cabe salientar que, de acordo com a resolução 01/2015 e a lei 11.343/2006, as comunidades terapêuticas não são consideradas equipamentos de saúde e por isso não estão habilitadas a prestar nenhum tipo de internação, até mesmo a voluntária. Contudo, ao prestar serviço de acolhimento voluntário para dependentes de substâncias psicoativas, devem observar a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Quadro 1 – Marcos regulatórios da política manicomial e das Comunidades Terapêuticas		
Tratamento das pessoas com transtornos mentais de acordo com a lei nº 10.219/2001		Tratamento à dependência química em comunidade terapêutica de acordo com a resolução 01/2015.
Art. 1º Os direitos da pessoa com transtorno mental são assegurados livre de qualquer forma de preconceito.		Art. 8º II - Receber tratamento respeitoso, bem como à sua família, independente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira;
Art. 2º Pacientes e familiares cientificados sobre seus direitos.		Art. 6º IV - informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido;
Art. 2º Direitos da pessoa portadora de transtorno mental.	Art. 2º I - Acesso ao melhor e mais adequado tipo de tratamento à saúde;	Art. 6º II - Nas comunidades terapêuticas são realizados apenas acolhimento em caráter voluntário de pessoas com problemas associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, mediante avaliação médica que ateste estabilidade clínica e o uso abusivo de substâncias psicoativas;
	Art. 2º II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua saúde pela inserção familiar, social e no trabalho;	Art. 6º XI - As comunidades terapêuticas devem nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado;
	Art. 2º - III Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;	Art. 6º XV – É obrigação das comunidades terapêuticas não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes;
	Art. 2º IV - Sigilo nas informações prestadas;	Art. 8º V - É direito do acolhido ter assegurado o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, sendo vedada a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição da pessoa sem sua autorização prévia, por escrito;

	Art. 2º VI - Livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;	Art. 6º X - É obrigação das comunidades terapêuticas permitir a visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares;
	Art. 2º VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e tratamento;	Art. 11º § 2º - O Plano de Atendimento Singular (PAS) deverá ser periodicamente atualizado e revisado a qualquer tempo, por iniciativa da entidade ou a pedido do acolhido, ficando o documento sempre à sua disposição para consulta, bem como das autoridades competentes para fins de fiscalização.
	Art. 2º VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;	Art. 6º XII - São obrigações das comunidades terapêuticas não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida; Art. 6º XIII - manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples; Art. 6º XIV - não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares;
	Art. 2º IX - Ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental;	Art. 2º As comunidades terapêuticas prestam serviço de acolhimento como etapa transitória para reinserção social, familiar e econômica.
Art. 4º Internação em qualquer de suas modalidades só ocorrerá quando os recursos extras hospitalares se mostrarem insuficientes.		Art. 6º II - Usuários abusivos de substâncias psicoativas que necessitem de tratamento clínico constante e hospitalares não podem ser acolhidos em comunidades terapêuticas;
Art. 4º Internação em qualquer de suas modalidades só ocorrerá quando os recursos extras hospitalares se mostrarem insuficientes.	Art. 4º § 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.	Art. 2º I – As comunidades terapêuticas são entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido;
	Art. 4º §2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo	Art. 6º XXIV – É obrigação das comunidades terapêuticas manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno

	serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.	funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação;
Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.		Art. 6º § 1º - O acolhimento não poderá exceder o limite de doze meses no período de vinte e quatro meses. Art. 6º § 2º - A fim de se evitar a institucionalização, no período de até seis meses subsequente ao último desligamento, o novo acolhimento deverá ocorrer mediante justificativa fundamentada da equipe da entidade, em parceria com a rede de cuidados, decisão que deverá ser inserida no plano de atendimento singular. Art. 6º § 3º - Não se aplica o disposto no § 2º quando o acolhimento anterior tiver duração inferior a trinta dias.
Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:	I – Voluntária; II – Involuntária; III – Compulsória.	A resolução 01/2015 regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas SISNAD, as entidades que realizam apenas acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, sendo vedada a realizar qualquer tipo de internação.
Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.		Art. 2º I – É característica das comunidades terapêuticas adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito; Art. 8º São direitos da pessoa acolhida: I - Interromper o acolhimento a qualquer momento;

<p>Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.</p>	<p>Art. 3º Somente deverão ser acolhidas pessoas que façam uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas, com necessidade de proteção e apoio social e previamente avaliadas pela rede de saúde.</p> <p>Art. 6º § 4º - A avaliação diagnóstica deverá envolver avaliação médica e a caracterização do uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, realizada por profissional habilitado, preferencialmente com capacitação na abordagem de pessoas com uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.</p>
<p>Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.</p>	<p>Art. 6º XVI – É obrigação das comunidades terapêuticas informar imediatamente aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e comunicar, no prazo de até vinte e quatro horas, às unidades de referência de saúde e de assistência social, intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida;</p> <p>Art. 6º XXV § 5º - Em caso de falecimento do acolhido na entidade, sem prejuízo das providências contidas no inciso XVI, deverão ser imediatamente comunicadas as autoridades policiais.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir da Lei 10.216/2001 e Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas.

De acordo com o quadro 1 observamos que ambas as normativas preveem que os usuários abusivos ou dependentes de SPA têm o direito de receber tratamento respeitoso e livre de qualquer forma de preconceito, a lei 10.216/2001, marco legal da reforma psiquiátrica, trata do assunto no artigo 1º e a Resolução 01/2015, marco regulatório das comunidades terapêuticas dispõe do assunto em seu artigo 8º Inciso II. Em seu artigo 2º a lei que regulamenta a reforma psiquiátrica coloca que tanto os usuários quanto seus familiares devem ser formalmente informados a respeito de seus direitos (apontados ao longo do artigo 2º).

Considerando a resolução 01/2015 é obrigação das comunidades terapêuticas informar de modo claro sobre o programa terapêutico e os critérios de entrada, permanência e saída e que devem receber anuência prévia por escrito por parte do acolhido. Contudo, a resolução não traz de maneira específica a certificação dos acolhidos e seus familiares sobre seus direitos instituídos pela lei 10.216/2001.

Ao longo do artigo 2º (incisos do I ao IX) da reforma psiquiátrica são apresentados 9 direitos da pessoa portadora de transtorno mental. O inciso I dispõe do direito de acesso ao melhor e mais adequado tipo de tratamento à saúde. Conforme o quadro 1 o marco regulatório das CTs coloca em seu artigo 6º inciso II que as comunidades terapêuticas prestam atendimento a um grupo específico de usuários de SPA, apenas aqueles que tenham atestado por um médico o uso abusivo ou nocivo de drogas e estabilidade clínica, ou seja, que não precisem de cuidados médicos constantes.

O inciso II do artigo 2º da reforma psiquiátrica define que a pessoa portadora de transtorno mental deve ser tratada com humanidade e que seu tratamento deve beneficiar sua saúde, tendo em vista a inserção familiar, social e no trabalho e, nesse mesmo sentido, a resolução sobre as comunidades terapêuticas em seu artigo 6º inciso II coloca como obrigação das CTs nortear suas ações e serviços nos princípios de direitos humanos e humanização do cuidado, sendo esta uma etapa transitória para reinserção familiar, social e trabalhista.

A lei 10.216/2001 no inciso III do mesmo artigo tem como objetivo proteger a pessoa portadora de transtorno mental de todo tipo de abuso e exploração. Nesse sentido, para prestar atendimento o marco regulatório das CTs, em seu artigo 8º, inciso V proíbe que as comunidades terapêuticas submetam os acolhidos a atividades exaustivas, forçadas e degradantes.

O inciso IV do artigo 2º da reforma psiquiátrica, coloca que o acolhido tem o direito ao sigilo de suas informações prestadas, sendo vedado às comunidades terapêuticas qualquer forma de exposição da pessoa sem prévia autorização, conforme artigo 8º inciso V da resolução 01/2015.

O inciso V trata de internação involuntária, por isso não será discutido.

O sexto direito da pessoa portadora de transtorno mental é apresentado no inciso VI, do artigo 2º da reforma psiquiátrica, colocando como direito de possuir livre acesso aos meios de comunicação possível. Já as comunidades terapêuticas possuem obrigação de permitir visitas familiares e acesso aos meios de comunicação para contato com a família, contudo, não especificam a periodicidade desse contato, nem o livre acesso aos meios de comunicação, conforme apresentado no inciso X, do artigo 6º do marco regulatório das CTs.

O inciso VII, do artigo 2º da lei 10.2016, esclarece sobre o direito que a pessoa possui em receber o maior número de informações a respeito de sua saúde ou doença, enquanto na resolução 01/2015, em seu artigo 11º § 2º, isso não aparece de forma clara, apenas que tanto o acolhido como seus familiares têm direito a participar da elaboração e revisão do Plano de Atendimento Singular, documento que deve conter todas as informações pessoais e do acolhimento, assim como as intervenções e atividades em que a pessoa será inserida.

Sobre o ambiente em que a pessoa deve ser tratada, a reforma psiquiátrica em seu artigo 2º, inciso VIII, determina que o tratamento deve acontecer pelos meios menos invasivos possíveis. Nessa perspectiva o marco regulatório das CTs, em seu artigo 6º incisos: XII, XIII e XIV, proíbe a prática de ações de contenção física, medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade, além de ser obrigação das comunidades manter ambiente apenas com travamento simples, não praticar nenhuma forma de castigo físico, psicológico e moral e posturas estigmatizantes.

E por último, a pessoa portadora de transtorno mental, de acordo com o artigo 2º, inciso IX da reforma psiquiátrica, tem o direito de ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, no entanto as comunidades terapêuticas, mesmo prevendo a reinserção social, não são serviços executados em espaços comunitários, mas isolados devido ao acolhimento institucional e também não são considerados equipamentos de saúde, apenas de apoio às políticas públicas, conforme o artigo 2º da resolução 01/2015.

A reforma psiquiátrica, em seu artigo 4º, coloca que qualquer tipo de internação só poderá ocorrer quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. As comunidades terapêuticas não prestam serviço de internação, contudo o processo de acolhimento priva a população atendida do contato comunitário, trabalhista, social e familiar. Ou seja, as comunidades terapêuticas não são ambientes hospitalares, mas existe a privação de liberdade dos sujeitos. Para que seja realizado o acolhimento nessas instituições é necessário a apresentação de atestado médico que constate o estado de saúde estável da pessoa atendida, sem a necessidade de tratamentos clínicos e hospitalares. No entanto, não é cobrado

das comunidades terapêuticas que o acolhimento só ocorra após o tratamento em equipamentos abertos, como CAPS e UBS, por exemplo, conforme artigo 6º inciso II.

De acordo com o artigo 4º § 1º da lei 10.216/2001 o tratamento terá como objetivo a reinserção social do paciente em seu meio, sendo este o mesmo objetivo da resolução 01/2015, conforme artigo 2º inciso I. Entretanto, a primeira normativa prevê que essa inserção já faça parte do tratamento, por isso a necessidade de fazê-lo em equipamentos abertos que não privem as pessoas de liberdade, enquanto as comunidades terapêuticas colocam o acolhimento como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido. Sendo assim, nas CTs primeiro o sujeito é retirado do seu meio e inserido após um determinado período de acolhimento.

O artigo 4º § 2º da lei 10.216/2001 coloca que o tratamento em regime de internação deverá assistir o indivíduo em sua totalidade com serviços médicos, de assistência social, psicológico, ocupacional, de lazer, entre outros. Mesmo não realizando internação, as comunidades terapêuticas, conforme artigo 6º inciso XXIV, têm a obrigação de manter equipe multiprofissional condizente com as atividades desenvolvidas e oferecidas no programa de acolhimento da instituição sob responsabilidade de um profissional de nível superior e um substituto com a mesma formação. No entanto, não são especificadas quais seriam as formações desses profissionais.

As atividades terapêuticas que devem ser desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas são apresentadas no artigo 12º do marco regulatório, sendo elas: I- recreativas; II - de desenvolvimento da espiritualidade; III - de promoção do autocuidado e da sociabilidade; e IV - de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e atividades práticas inclusivas, podendo ser acrescentadas outras atividades pela instituição.

De acordo com o artigo 13º da mesma resolução as atividades recreativas são aquelas que estimulam o lazer e a prática de atividades esportivas, artísticas e culturais. Conforme o artigo 14º as atividades de desenvolvimento da espiritualidade são aquelas que buscam o autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, podendo ser parte do método de recuperação, e que tenha como objetivo o fortalecimento de valores fundamentais para a vida social e pessoal, respeitando a liberdade de crença e religiosa de cada acolhido.

As atividades de promoção do autocuidado e da sociabilidade, de acordo com o artigo 15º da resolução 01/2015, têm por objetivo promover a prática de atos da vida cotidiana, tais como: I - higiene pessoal; II - arrumação e limpeza dos pertences e das acomodações de repouso e banheiro; III - participação na elaboração de refeições e limpeza da cozinha e do refeitório de

uso coletivo; IV - participação na limpeza e organização de espaços coletivos, como salas de recreação, jardins e hortas de consumo interno; e V - participação na organização e realização de eventos e programas da entidade. Contudo, a mesma resolução explica que tais atividades não poderão ter caráter punitivo e poderão ser realizadas apenas sob supervisão da equipe profissional, que terá a responsabilidade de colocar nas atividades caráter terapêutico.

Sobre as atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e as práticas inclusivas, o artigo 16º coloca que são aquelas que buscam a inserção e a reinserção social, o resgate ou a formação de novas habilidades profissionais, práticas para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos, de modo a promover o empoderamento e o desenvolvimento das habilidades sociais do acolhido.

Sobre essas atividades a resolução coloca que deverão ser desenvolvidas em ambiente ético e protegido, não podendo ser realizadas em vias públicas e em locais ou de formas que exponham o acolhido a situações de constrangimento, como a venda de produtos em vias públicas, por exemplo, e poderão ser regidas pela lei do voluntariado, desde que não haja formação de vínculo empregatício.

O artigo 5º da reforma psiquiátrica se atenta para os cuidados com o longo tempo de hospitalização dos pacientes ou daqueles que caracterizam grave dependência institucional. Sobre esse assunto a resolução 01/2015 em seu artigo 6º em suas alíneas 1,2 e 3, a fim de evitar institucionalização, prevê que o mesmo usuário em um prazo de 24 meses poderá ficar acolhido no máximo doze meses. E nos casos em que o acolhimento exceder o período de 30 dias, um novo acolhimento só poderá ocorrer seis meses após o desligamento, exceto, sob justificativa fundamentada da equipe da comunidade em parceria com a rede de cuidados

O artigo 6º da lei 10.216/2001 especifica os tipos de internação: internação voluntária, involuntária e compulsória. A voluntária é sob consentimento da pessoa, a involuntária se dá sem o consentimento da pessoa e a pedido de outra pessoa, e a compulsória ocorre sob determinação judicial. De acordo com resolução 01/2015 as comunidades terapêuticas não estão aptas a fazerem nenhum tipo de internação, uma vez que as internações devem acontecer em equipamentos hospitalares e com equipe profissional específica.

De acordo com o artigo 7º da reforma psiquiátrica, nos casos de internação voluntária, o paciente deve assinar no momento da internação uma declaração dizendo que optou por esse tipo de tratamento e o término da internação voluntária acontecerá mediante solicitação escrita ou por determinação médica. Nos casos das comunidades terapêuticas, o marco regulatório nos artigos 2º inciso I e 8º inciso I coloca que a adesão voluntária do acolhimento é formalizada por escrito e é direito da pessoa interromper o acolhimento a qualquer momento. No entanto,

mesmo as internações voluntárias só ocorrerão mediante autorização médica, bem como acolhimento nas comunidades terapêuticas, conforme artigo 8º da reforma psiquiátrica e artigos 3º e 6º § 4º do marco regulatório das comunidades terapêuticas

Quanto à evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave ou falecimento, de acordo com artigo 10º da lei 10.216/2001, a direção do estabelecimento de internação deverá comunicar a família ou representante legal do paciente e autoridades sanitárias no prazo de vinte e quatro horas. E nos casos das comunidades terapêuticas, o comunicado deverá ocorrer dentro no mesmo prazo às pessoas previamente indicadas pelo acolhido, unidade de referência de saúde e de assistência social e autoridades policiais (artigo 6º inciso XVI e artigo 6º XXV § 5º)

Seguindo os pressupostos da resolução, em toda comunidade deverá conter alvará de licença sanitária e programa de acolhimento institucional voltado ao atendimento à dependência química executado por equipe multidisciplinar e responsável técnico com substituto da mesma formação com atividades, entre outras, recreativas, de desenvolvimento da espiritualidade, de promoção ao autocuidado e sociabilidade e de capacitação profissional e práticas inclusivas, sendo indispensável a comunicação e aceitação prévia do programa aos acolhidos e seus familiares.

Os atendimentos ao longo do acolhimento deverão seguir um plano de atendimento individual construído em conjunto com os acolhidos e seus familiares, que deverá abordar todas as singularidades dos sujeitos, ou seja, mesmo tendo um programa de acolhimento, as comunidades terapêuticas devem atender cada indivíduo de acordo com suas subjetividades, livre de qualquer forma de preconceito, descriminalização e imposição, inclusive religiosa e de crença.

Por não serem equipamentos de saúde, os acolhimentos ocorrem mediante prévia avaliação médica que ateste quadro de saúde estável, o uso abusivo de substância psicoativa e sem necessidade de tratamento clínico constante. Além disso, é vedada a utilização de medicamentos sem avaliação e receita médica, e nos casos de intercorrências de saúde, as intuições deverão contar com aparato para articulação com a rede de saúde e a fim do alcance da cidadania e atender às demandas dos acolhidos é necessária a articulação com as demais políticas públicas, e acesso aos demais serviços intersetoriais, como assistência social, educação, habitação, emissão de documentos pessoais, entre outros.

O ambiente das comunidades deve ser de caráter residencial, propício à formação de vínculos entre os acolhidos, seus familiares, os profissionais da instituição e com a rede de serviços intersetoriais. Deverá fornecer condições dignas de acolhimento de acordo com os

direitos humanos em espaço livre de trancas, de condições vexatórias, de contenção, de tortura, de castigo e de qualquer outra forma desumana de tratamento.

Para evitar a institucionalização, os sujeitos só poderão passar por um novo acolhimento após seis meses subsequentes ao último desligamento, o novo acolhimento deverá ocorrer mediante justificativa fundamentada pela equipe da comunidade, em parceria com a rede de cuidados, exceto quando o último acolhimento for inferior a 30 dias.

Em caso dos acolhidos que receberem algum tipo de benefício ou que possuam alguma renda é vedado à instituição ou aos profissionais receber, administrar direta ou indiretamente tais recursos.

Em 2020, por meio da Nota Técnica Nº 02, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o serviço ofertado pelas comunidades terapêuticas, a ANVISA trouxe novos esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

A referida nota conclui que uma instituição é classificada como comunidade terapêutica porque predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares, contudo, podem ser comunidades terapêuticas acolhedoras e comunidades terapêuticas que oferecem cuidados de saúde.

A nota explicou que as comunidades terapêuticas acolhedoras são instituições de interesse à saúde, e não serviços de saúde, que têm como instrumento terapêutico a convivência entre os pares sem utilizar qualquer prática terapêutica que dependa de profissionais da saúde. Em contrapartida, as comunidades terapêuticas que oferecem qualquer cuidado relacionado à saúde ou que dependa de profissionais da saúde devem observar outras normativas relacionadas à saúde, além da RDC 29/2011.

Em síntese, o fundamental a ser considerado do quadro comparativo dos marcos regulatórios que versam sobre o atendimento aos portadores de transtornos mentais e aos usuários abusivos de substâncias psicoativas é que só são previstos acolhimentos nas Comunidades Terapêuticas quando eles são solicitados pelo indivíduo, que busca seus serviços para o auxílio na superação do uso e dependência de forma voluntária. Até mesmo em casos judiciais o próprio usuário deverá concordar com o acolhimento, sendo obrigatório observar os dispostos pela lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001.

É importante observar que as comunidades terapêuticas, de acordo com III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira (LENUD) de 2017, têm sido o equipamento mais acessado para tratamento à dependência química entre a

população residente em domicílio no Brasil. Junto a dados levantados em uma comunidade terapêutica local que serviu como objeto de estudo, iremos demonstrar a seguir gráficos com diferentes perfis de pessoas que acessam as comunidades terapêuticas, entre os dependentes e os diferentes tipos de substâncias utilizada, e por fim, iniciar a discussão em torno dos atendimentos ofertados por essas instituições.

3.4 USUÁRIOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E O ATENDIMENTO OFERTADO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Nesta etapa da pesquisa utilizamos o III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas (LENUD) para coletar dados relacionados à dependência química e ao tratamento da doença e informações a respeito de características de acolhidos na comunidade terapêutica que serviu como suporte empírico da nossa pesquisa.

Participaram do III LENUD pessoas com idade entre 12 a 65 anos, de ambos os sexos, residentes das zonas urbana e rural, e estimou-se uma média de 153.095.166 milhões de pessoas no universo da amostra. De acordo com o levantamento participou da pesquisa:

[...]a população residente nas unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos) localizadas em todo o território nacional, tendo como base os critérios metodológicos adotados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Não farão parte da população alvo populações indígenas que vivem em aldeias, estrangeiros residentes no Brasil, brasileiros que não falam a língua portuguesa, pessoas com deficiência intelectual, pessoa portadora de condição que a incapacite de responder ao questionário e a população carcerária. (ICICT; FIOCRUZ, 2017, p. 14).

De acordo com a definição do público alvo da pesquisa, também não participaram desse levantamento a população em situação de rua, uma vez que estes não estavam em domicílios. Seguindo os critérios da PNAD 2012, classifica-se como domicílios particulares aqueles destinados a pessoas cujo relacionamento fosse ditado por vínculos de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência.

Os domicílios coletivos foram considerados aqueles voltados às pessoas cujo relacionamento prevalece em cumprimento de normas administrativas, como por exemplo, os estabelecimentos destinados a prestar serviços de hospedagem (hotéis, pensões e similares), instituições que possuem locais de residência para pessoas institucionalizadas (serviços de acolhimento institucional, casas de detenção e, também, alojamento de trabalhadores em canteiros de obras).

Para análise de dados relacionados ao tipo de substância psicoativa foram considerados dados apresentados pelo III LENUD a respeito da dependência de: álcool; alguma substância exceto álcool e tabaco; e álcool e outras substâncias exceto tabaco nos últimos 12 meses que antecederam a coleta de dados do III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas. Para tratamento à dependência química consideramos os dados da população que fizeram tratamento para uso de álcool e outras drogas ao menos uma vez na vida.

O III LENUD avaliou a dependência química seguindo os critérios do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV). Para uso de maconha e de solventes, o participante foi considerado dependente da substância se preenchesse três ou mais dos seguintes critérios:

1. Gastou grande parte do seu tempo para conseguir, usar ou se recuperar do efeito da substância;
2. Usou a substância com maior frequência ou em maior quantidade do que pretendia;
3. Precisou de quantidades maiores (aumentou a dose) para obter o mesmo efeito;
4. Não conseguiu diminuir ou parar de usar a substância;
5. Continuou a utilizar a substância mesmo após ter conhecimento de que ela estava causando ou agravando problemas de saúde físicos ou mentais;
6. Deixou de fazer ou diminuiu o tempo dedicado às atividades sociais, de trabalho ou de lazer devido ao uso da substância.

Para o uso de álcool, crack, cocaína e drogas similares foi acrescentado um sétimo critério relacionado à abstinência, que varia de acordo com cada substância. Nesse caso, o participante foi considerado dependente se preenchesse três ou mais desses sete critérios.

Os dados relacionados à população brasileira residente em domicílio que apresentou dependência química têm como objetivo demonstrar o percentual de pessoas que apresentaram sintomas da doença, e identificar quais os tipos de substâncias utilizadas pela parcela da população que passou por algum tipo de tratamento, os tipos de tratamento e o mais acessado.

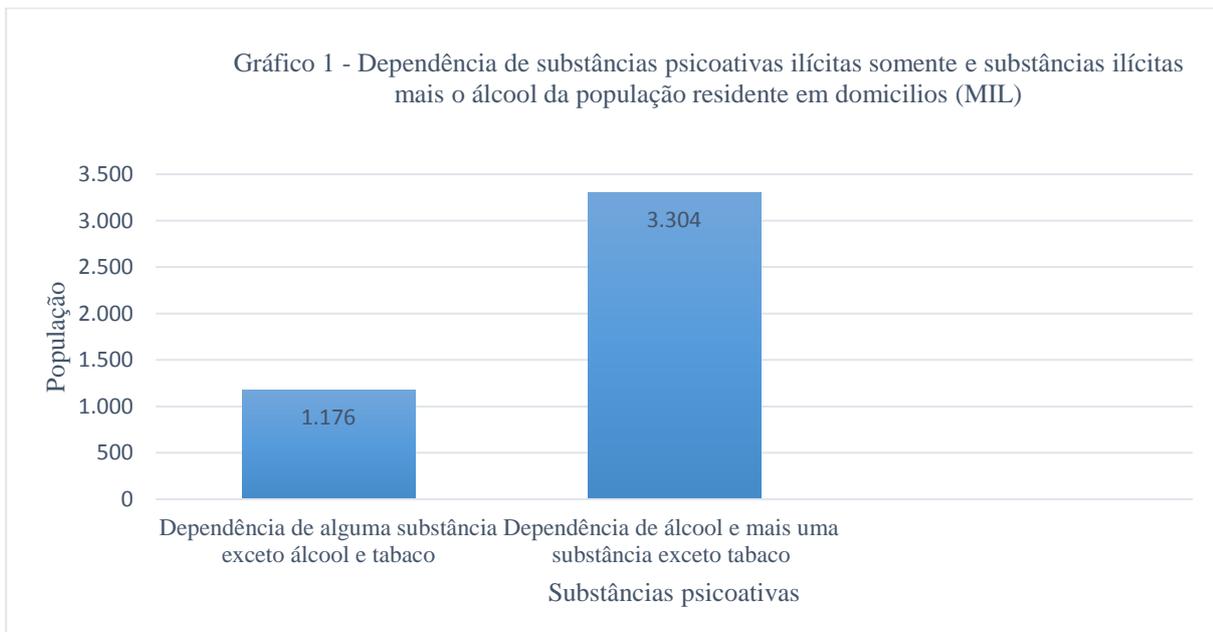
É válido ressaltar que a pesquisa realizada pelo III LENUD não representa a população brasileira em sua totalidade, uma vez que uma parcela dos usuários dependentes de substâncias psicoativas vive em situação de rua e encontra-se inserida no sistema prisional, locais que o levantamento de dados para pesquisa não abrangeu.

Por isso, o III LENUD representa apenas a população brasileira residente em domicílio e que se sentiu à vontade em falar sobre a doença, uma vez que o estigma gerado em torno da dependência química faz com que muitos dependentes de substâncias e seus familiares não

falem sobre o assunto. No entanto, as informações coletadas têm potencial para subsidiar nossas discussões em torno da necessidade de um tratamento à dependência química especializado, que esteja à disposição do usuário no momento da procura e que considere a subjetividade de cada pessoa.

Na sequência iremos apresentar 2 gráficos relacionados ao tipo de SPA utilizada e 2 gráficos relacionados ao tipo de tratamento: 1 – Dependência de substâncias ilícitas somente e de substâncias ilícitas mais o álcool; gráfico 2 – Dependência química de acordo com o tipo de substância de uso; 3 – Tratamento de acordo com o tipo de SPA de uso; e 4 Tipos de tratamentos acessados.

E após esses quatro gráficos serão apresentados os dados levantados na comunidade terapêutica que serviu como objeto de investigação de pesquisa.



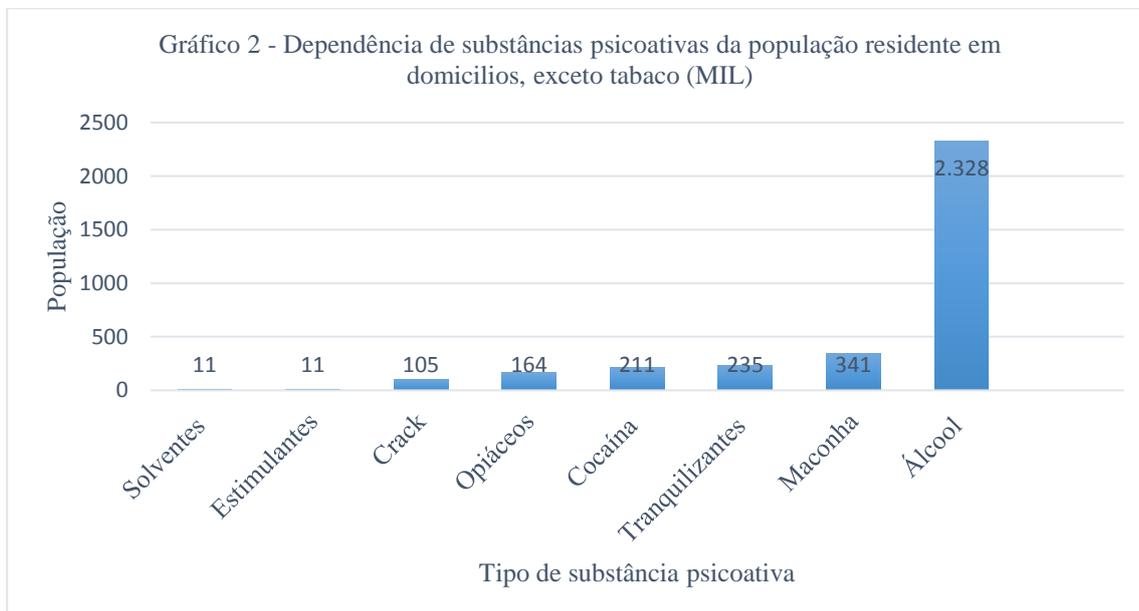
FONTE: Elaborado pelo autor com dados a partir do ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (2017).

De acordo com os dados levantados no gráfico 1, cerca de 1.176 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos de idade residentes em domicílio apresentaram sintomas da dependência de alguma substância exceto álcool e tabaco, valor que representa aproximadamente 1,3% da população brasileira nessa faixa etária e que participaram da pesquisa.

Analisando o III LENUD, observamos que a maior quantidade de pessoas que apresentaram dependência para esses tipos de substâncias nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa demonstrou-se entre a população do sexo masculino (626 mil pessoas),

entre a população de 25 a 34 anos de idade (517 mil pessoas) e a população sem instrução e fundamental incompleto (394 mil pessoas) (ICIT; FIOCRUZ, 2017).

Seguindo os dados do gráfico 1 cerca de 3.304 milhões de pessoas que participaram o III LENUD apresentaram sintomas da dependência de álcool e mais uma substância exceto tabaco nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa, valor que representa aproximadamente 4,6% da população brasileira entre 12 e 65 anos e que participaram da pesquisa. São em sua maioria homens (2.235 milhões de pessoas), entre 25 a 34 anos de idade (1.116 milhões de pessoas) e sem instrução e ensino fundamental incompleto (1.307 milhões de pessoas) (ICIT; FIOCRUZ, 2017).

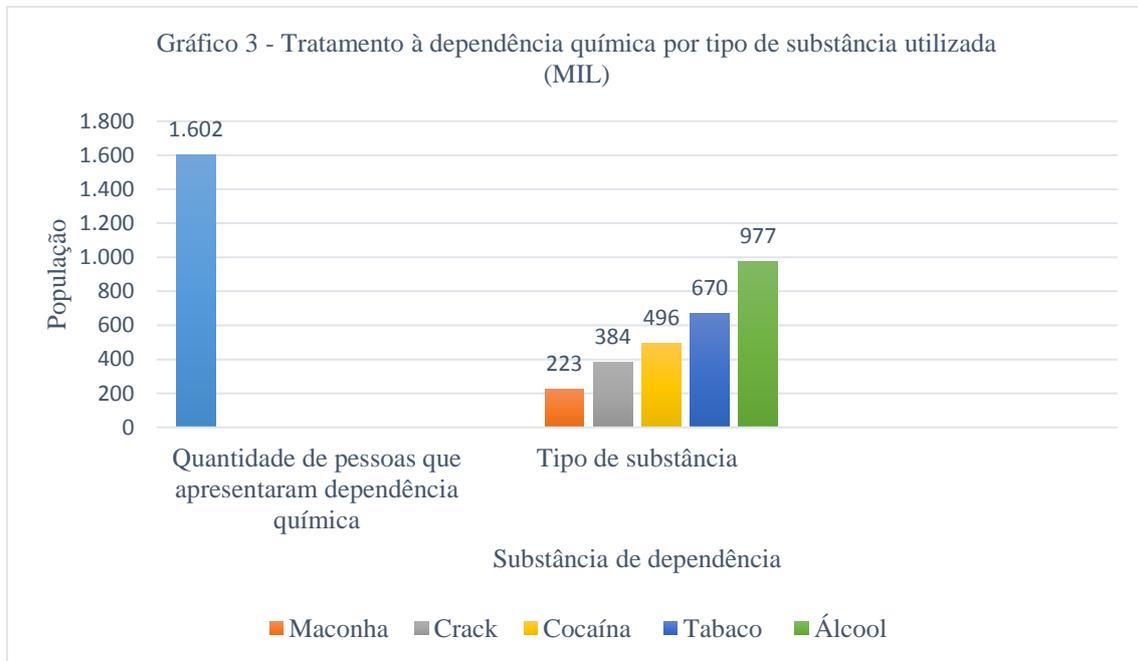


FONTE: Elaborado pelo autor com dados a partir do ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (2017).

Conforme o gráfico 2, a substância com maior percentual de uso foi o álcool com 2.328 milhões de pessoas, valor que representa cerca de 1,5% da amostra total do III LENUD. A maior quantidade de pessoas que apresentaram dependência de álcool nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa, está concentrada na população do sexo masculino (1.750 milhões de pessoas), população entre 25 a 34 anos de idade (640 mil pessoas). Quanto ao nível de escolaridade a maior quantidade esteve entre a população brasileira sem instrução e fundamental incompleto, com cerca de 1.023 milhões de pessoas (ICICT; FIOCRUZ, 2017).

Em relação às demais substâncias, exceto álcool e tabaco, cerca de 1.078 milhões de pessoas apresentaram dependência por alguma substância nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa, valor que representa cerca de 0,7% da parcela população que

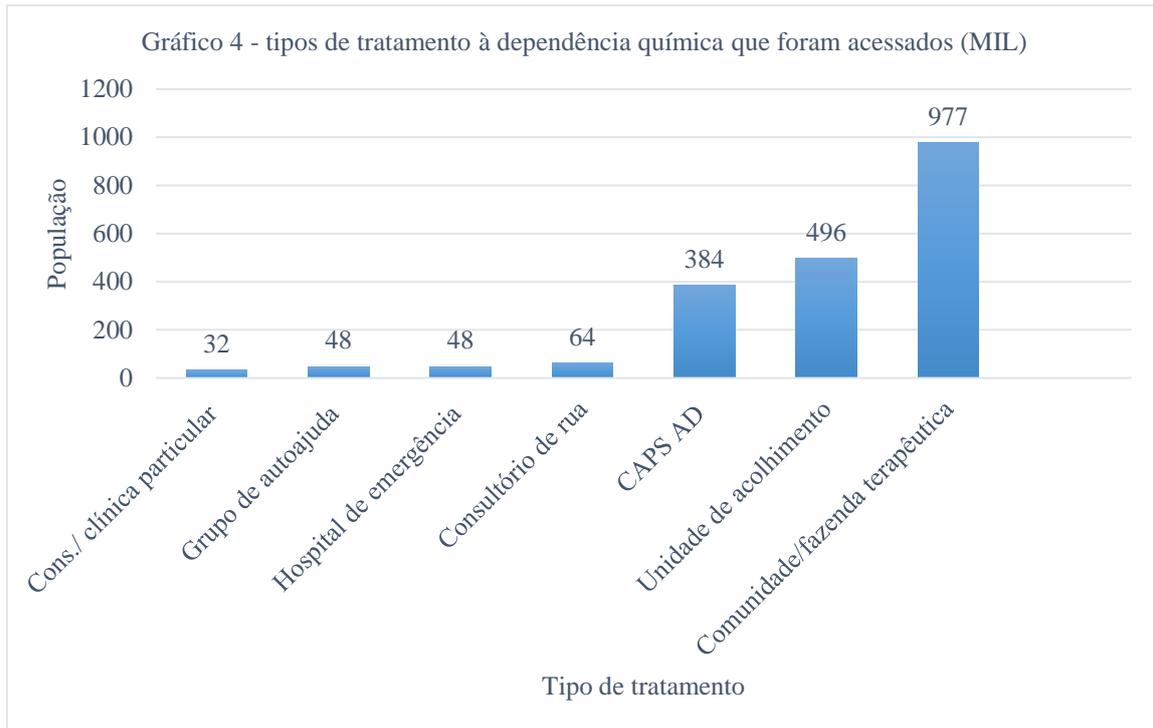
participou do III LENUUD. Desse total, a substância mais utilizada foi a maconha, representando aproximadamente 31,5% dessa parcela da população, seguido por tranquilizantes benzodiazepínicos, cocaína, opiáceos, crack, solventes e estimulantes anfetamínicos (ICICT; FIOCRUZ, 2017).



FONTE: Elaborado pelo autor com dados a partir do ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (2017).

De acordo com os dados apresentados no gráfico 3, cerca de 1.602 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos de idade, residentes em domicílio, já passaram por algum tipo de tratamento para dependência química ao menos uma vez na vida, valor que representa aproximadamente 1,1% da população brasileira nessa faixa etária e que participou do III LENUUD. São em sua maioria homens (1.019 milhões). Em relação à faixa etária a maioria está entre 45 a 54 anos de idade (482 mil pessoas) e quanto ao nível de escolaridade a maior quantidade esteve entre a população brasileira sem instrução e fundamental incompleto, com cerca de 703 mil pessoas (ICIT; FIOCRUZ, 2017).

De acordo com o gráfico 4 o álcool é a substância que mais apresentou dependência entre as pessoas que passaram por algum tipo de tratamento na vida, apresentando 35,5% dos tratamentos, seguido do tabaco, cocaína, crack e maconha. Cabe destacar que muitos dos participantes que passaram por tratamento reportaram uso de múltiplas substâncias, ou seja, a mesma pessoa que pela tabela fez uso de álcool pode ter feito o uso de outras substâncias.



FONTE: Elaborado pelo autor com dados a partir do ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (2017).

Para identificar os tipos de tratamento o III LENUD seguiu as seguintes definições:

Internação em comunidade/fazenda terapêutica: utilizam a comunidade como agente-chave do tratamento. Os indivíduos recebem ajuda e ajudam os demais, responsabilizando-se tanto pela própria recuperação quanto, ao menos em parte, pela recuperação de seus companheiros. São internações de longa duração. **Ambulatório / CAPS geral:** Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destinados a atender indivíduos com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. Fornecem atendimento individual, em grupo e para família/comunidade. Também se incluem nessa categoria as UPA (Unidades de Pronto Atendimento), Postos e Centros de saúde. **Unidade de acolhimento (UA) / casa de acolhimento transitório (CAT)/ albergue terapêutico/ Casa Viva:** oferecem atenção residencial de caráter transitório para pessoas com necessidades decorrentes do uso ou abuso de álcool ou outras drogas. **CAPS- AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas):** destinados ao atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. Seu público específico, são adultos, mas também podem atender crianças. Os CAPS- AD possuem leitos de repouso, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias para usuários em crise. **Consultório na rua:** Equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua. **Grupo de auto- ajuda (AA, NA):** Alcoólatras anônimos, narcóticos anônimos (grupo de pessoas que se reúnem e compartilham suas experiências a fim de resolver seu problema com álcool/drogas) (ICIT; FIOCRUZ, 2017, p. 479, grifo nosso).

Conforme exposto pelo gráfico 4, 2.049 milhões de pessoas que participaram da pesquisa já passaram por algum tipo de tratamento na vida, sendo que o mais acessado foi em comunidades e fazendas terapêuticas com 977 mil pessoas, valor que representa 47,6% do total da população que já passou por algum tipo de tratamento na vida, seguido de unidades de

acolhimento: (UA)/ casa de acolhimento transitório (CAT)/ albergue terapêutico/ Casa Viva, CAPS AD, consultório de rua, hospital de emergência, grupos de autoajuda e consultório ou clínica particular.

Em complemento com as informações extraídas do III LENUD, aqui passamos a informar os dados recolhidos e sistematizados a partir da análise de 117 prontuários de internos que ficaram acolhidos na Comunidade Terapêutica que serve de suporte empírico para esta pesquisa no período de 30 de junho de 2019 a 30 de julho de 2021. Localizada no município de Cianorte-Pr, A CT é voltada apenas para acolhimento de pessoas do sexo masculino, com idade a partir de 18 anos e administrada por uma igreja evangélica.

3.5 DADOS EMPÍRICOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Na época em que os dados foram levantados a instituição tinha 30 vagas de acolhimento, sendo que 13 dessas vagas eram financiadas pelo município de Cianorte-Pr. Em 2022 após parceria firmada com o governo Federal através da SENAPRED a mesma Comunidade Terapêutica passou a ter capacidade para 40 acolhimentos, sendo metade financiada pelo governo federal e as demais pelo município de Cianorte e alguns Municípios da região que não possuem Comunidade Terapêutica, todas parcerias firmadas por meio de termo de colaboração, conforme Lei 13.019/2014, conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil.

No decorrer de experiência profissional como assistente social, a equipe de profissionais era composta por 3 a 4 monitores, cozinheiro (a) de nível fundamental ou médio, equipe técnica com formação de nível superior em serviço social, psicologia e enfermagem e um coordenador geral de nível médio, todos com registro em CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) e carga horária de 40 a 44 horas semanais, cada.

O período de acolhimento era de 9 meses com a justificativa de que esse período é o tempo que leva em uma gestação, sendo assim, os 9 meses seria o tempo necessário para “um novo nascimento do acolhido”, novo nascimento que tem como base de argumentação a bíblia, quando se refere ao novo nascimento daqueles que se convertem ao cristianismo.

Os nove meses de acolhimento são divididos pelo projeto terapêutico em três etapas: a primeira acontece nos três primeiros meses de acolhimento, este momento era destinado a conhecer as demandas do acolhido e dar início ao processo de ressocialização; a segunda etapa acontecia do 4º ao 6º mês e a reinserção social passava a ser mais frequente; no sexto mês o acolhido passava a fazer visitas de ressocialização, quando visitava seus familiares uma vez ao

mês; e na última etapa, nos três últimos meses, as visitas de ressocialização se tornavam mais frequentes, no oitavo mês, a cada 15 dias, e no último mês todo fim de semana.

O processo de ressocialização é uma das questões que mais diferenciava as etapas do projeto terapêutico. Ao dar entrada na instituição o acolhido tinha que deixar seu trabalho, estudos e tinha seu contato familiar limitado a ligações e visitas mensais, quinzenais e semanais do acolhido em casa, e visitas mensais da família na instituição e em cultos semanais na igreja vinculada à instituição.

O primeiro contato do usuário com o serviço era o momento da triagem realizada pela equipe técnica, onde eram analisadas, principalmente, as condições de saúde da pessoa e para isso eram solicitados exames de saúde: HIV, hepatites e sífilis além de atestado médico constando que a pessoa possuía condições clínicas de ser acolhida em comunidade terapêutica.

Nos casos de dependentes químicos em crises de abstinência e *delirium tremens*, estes eram orientados a passar pelo processo de desintoxicação e só após realizar os exames solicitados para acolhimento. E nos casos de usuários com outros transtornos psiquiátricos, doenças ou comorbidades que necessitavam de cuidados constantes, eram solicitados exames específicos, laudos e atestados médicos, para verificar a possibilidade de acolhimento ou não.

No momento da triagem, além de informações relacionadas à saúde, eram levantadas informações sociofamiliar, socioeconômica e trabalhista, como: composição, vínculos e renda da família; vínculo trabalhista; tratamentos anteriores; tipo de substância utilizada e tempo de uso; vínculo ou atendimentos em outros serviços intersetoriais; pendências judiciais; moradia fixa ou não, e documentação civil.

Tais informações tinham como objetivo levantar as demandas do acolhido e de seus familiares e eram inseridas no Plano Individual de Atendimento (PIA). O PIA era elaborado pela equipe técnica sem a participação do usuário, uma vez que, independente das subjetividades, todos os acolhidos eram atendidos pelo mesmo projeto terapêutico.

As principais demandas que eram levantadas estavam relacionadas à saúde, auxílio doença, benefícios de transferência de renda, documentação civil, demandas judiciais e contatos familiares.

As demandas relacionadas à saúde eram atendidas com consultas médicas em UBS, CAPS e UPA, de acordo com a necessidade dos acolhidos. O auxílio doença era agendado sempre que se via a possibilidade de concessão do benefício. Atestados e declarações para perícia médica eram todos emitidos pela própria instituição e médico psiquiátrico particular voluntário, que prestava atendimento à instituição. Contatos com INSS e instituições

empregatícias também eram realizados pela equipe técnica, assim como acompanhar o interno no dia da perícia.

Na maioria dos casos em que o usuário recebia o benefício, era solicitado ao mesmo o valor de R\$ 600 reais mensais e não era inserido em vaga financiada pelo município; e o restante do valor ficava guardado junto à carteira e documentos pessoais do acolhido, que ficavam retidos na sala da equipe técnica da instituição, ou era entregue à família ou outra pessoa que o acolhido autorizasse.

Aos acolhidos de baixa renda era realizada a inscrição no Cadastro Único para acesso a benefícios de transferência de renda. Nesses casos, ou um profissional do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), ia até a instituição ou o profissional de Serviço Social o acompanhava até o equipamento para inscrição. Para saque dos benefícios, ou um profissional acompanhava o acolhido até ao banco ou o mesmo era instruído a sacar durante a visita de ressocialização.

Quanto à documentação civil, o assistente social emitia declaração para isenção de taxas financeiras e agendava a emissão para o acolhido fazer a segunda via dos documentos em dias de visita de ressocialização.

Em casos de demandas judiciais em que o acolhido possuía alguma pendência judicial e precisava comunicar o sistema de justiça sobre alteração de endereço, ou do próprio acolhimento, um profissional da equipe técnica era responsável em comunicar à vara de execução onde estava o processo e acompanhá-lo em dias de audiência.

Os contatos familiares eram realizados por meio de visitas domiciliares e individuais na própria instituição, no sentido de fazer orientações sobre os atendimentos ofertados, necessidades do acolhido, fortalecimento e resgate de vínculos familiares e atendimento de demandas levantadas pela própria família e eram realizados grupo de apoio semanal, no qual a família precisava participar para poder realizar a visita.

O grupo de apoio acontecia sob responsabilidade de psicólogo e assistente social da instituição e eram discutidas questões relacionadas à dependência química e codependência, momento em que os participantes falavam também de suas angústias, vivências e necessidades.

A justificativa levantada pela coordenação da comunidade sobre a necessidade de a família participar do grupo, para então visitar, era de que as pessoas que convivem com o dependente químico precisam aprender a lidar com a doença e a se comportar diante das situações do dia a dia, uma vez que, dependendo do que a família falasse, era utilizado pelo acolhido como motivo para interromper o acolhimento e até mesmo retornar ao uso de SPA.

Para atendimento das demandas levantadas, as mais difíceis de serem atendidas eram as que necessitavam retirar o acolhido da comunidade e do momento da laborterapia que, conseqüentemente, prejudicavam a execução do PIA.

De modo geral, ao profissional de enfermagem cabiam as intervenções relacionadas à saúde individual e em grupo, acompanhamento em consultas médicas e acompanhamento de auxílio doença. Ao profissional de serviço social cabia as intervenções individuais ou grupais relacionadas às demandas sociofamiliares, encaminhamentos intersetoriais, acompanhamento de benefícios socioassistenciais e pendências judiciais, documentação civil, elaboração de documentação referente ao termo de colaboração firmado com o município para financiamento de vagas e participação em conselhos de direitos. E ao profissional de psicologia cabia os atendimentos psicológicos em grupos e individuais.

Cabe destacar que diversos atendimentos e demandas eram atendidos em conjunto pela equipe técnica e até mesmo com outros profissionais da instituição, no entanto, cada um em sua especificidade profissional.

Além das intervenções realizadas pela equipe técnica, a instituição ofertava atividades relacionadas à laborterapia, realizadas por meio da manutenção e cuidados com a instituição: arrumação dos cômodos, auxílio na cozinha, cuidado com a horta, criação de animais, normalmente porco e galinha, limpeza geral da instituição, fabricação de paver (blocos de concreto pré-moldados utilizados para fazer calçadas) e construção civil.

As atividades religiosas eram realizadas diariamente por meio de orações, leituras da bíblia e ministrações *on-line*, e semanalmente com a participação em cultos, onde os familiares podiam participar na igreja.

Cursos profissionalizantes em diversas áreas, realizados de maneira *on-line*, atividades externas em participação de eventos organizados pela instituição ou pela igreja, momentos de lazer e esporte.

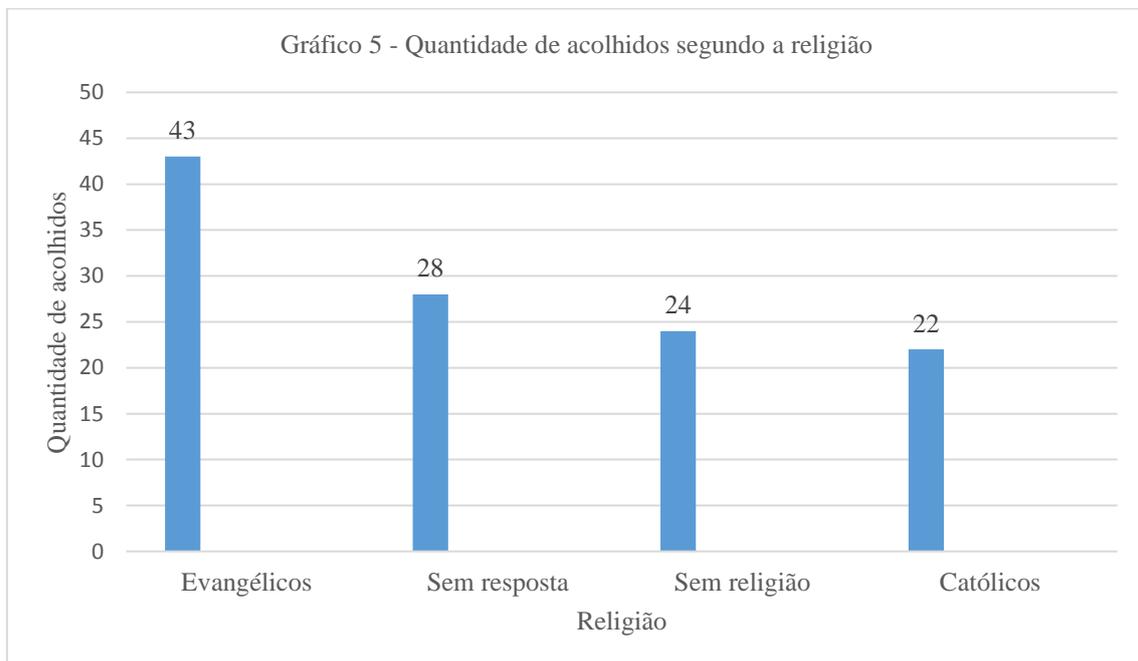
Além do projeto terapêutico, a instituição utilizava como parâmetro para atendimento ao acolhido o Plano Individual de Atendimento (PIA), no entanto, em decorrência da rotina de atividades em que os acolhidos eram inseridos, encontrava-se a dificuldade da participação dos mesmos, sendo assim, o PIA era elaborado com base nas informações coletadas sobre a pessoa e sua família no momento da triagem, e traçadas as demandas e ações a serem desenvolvidas ao longo do acolhimento.

O acolhido e seus familiares tinham conhecimento do documento, pois era apresentado a eles, contudo, não era possível traçar estratégias que não estivessem propostas pelo projeto terapêutico institucional e das regras da comunidade. Ou seja, tanto a pessoa inserida no

mercado de trabalho, como em instituição de ensino precisava ficar acolhida em tempo integral e, conseqüentemente, se afastar de suas atividades diárias, o que em alguns casos gerava desistência do acolhimento e era indicado outro tipo de tratamento.

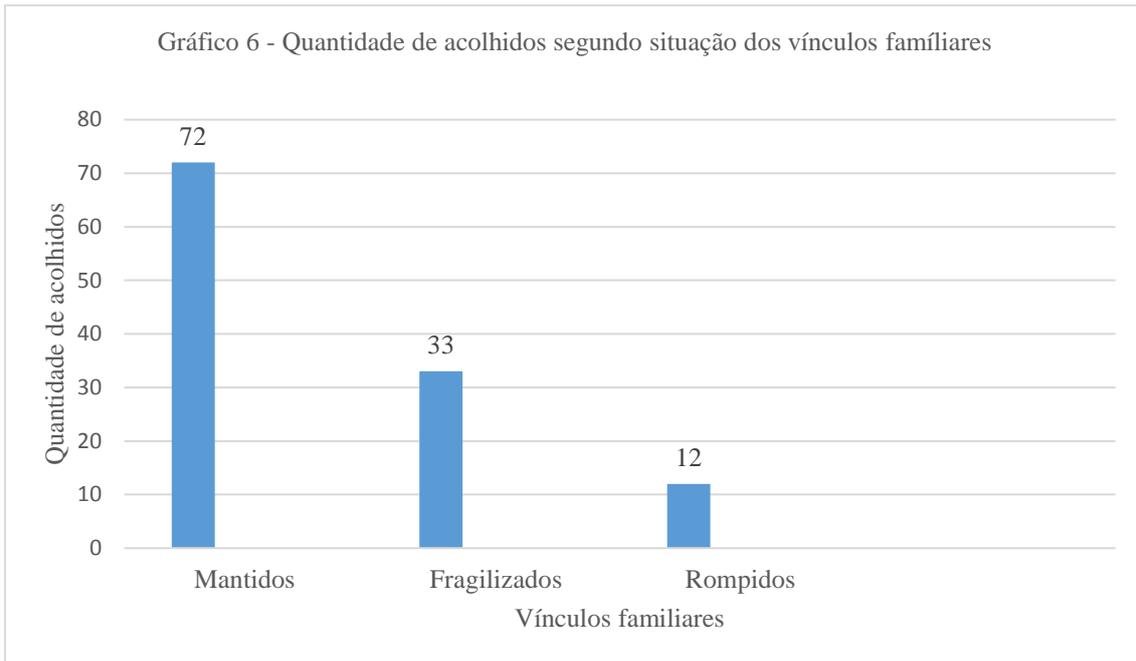
Em relação à religião, independente da crença, o acolhido precisava participar dos cultos, orações e leituras bíblicas de cunho evangélico. Quanto às questões de gênero, independente da orientação sexual, todo acolhido era tratado como homem heterossexual. Quanto ao tipo de substância e tempo de uso não havia diferenciação entre tempo de acolhimento, reinserção social ou qualquer outra atividade.

A partir destes dados iremos na sequência apresentar informações a respeito do perfil dos acolhidos pela instituição sobre religião, vínculos familiares e trabalhistas, situação socioeconômica e acesso a benefícios governamentais de transferência de renda, tipo de vaga, pendências judiciais (pessoas que respondem algum processo judicial), documentação civil, população em situação de rua, substâncias psicoativas de uso, tipos de tratamentos já acessados e 1º tratamento na vida.



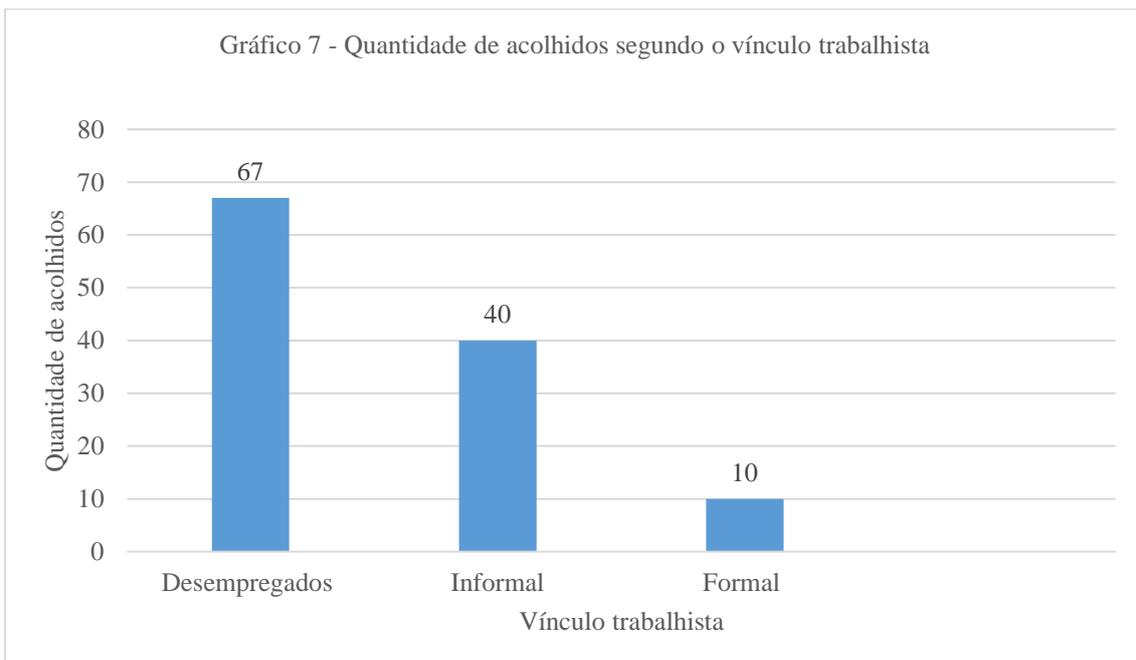
FONTE: Elaborado pela autora

De acordo com o gráfico 5 em relação às características da população atendida pela comunidade terapêutica em questão, sobre a religião predominou a evangélica, com 43 acolhidos que professam essa religião, valor que apresenta aproximadamente 37% dos acolhidos.



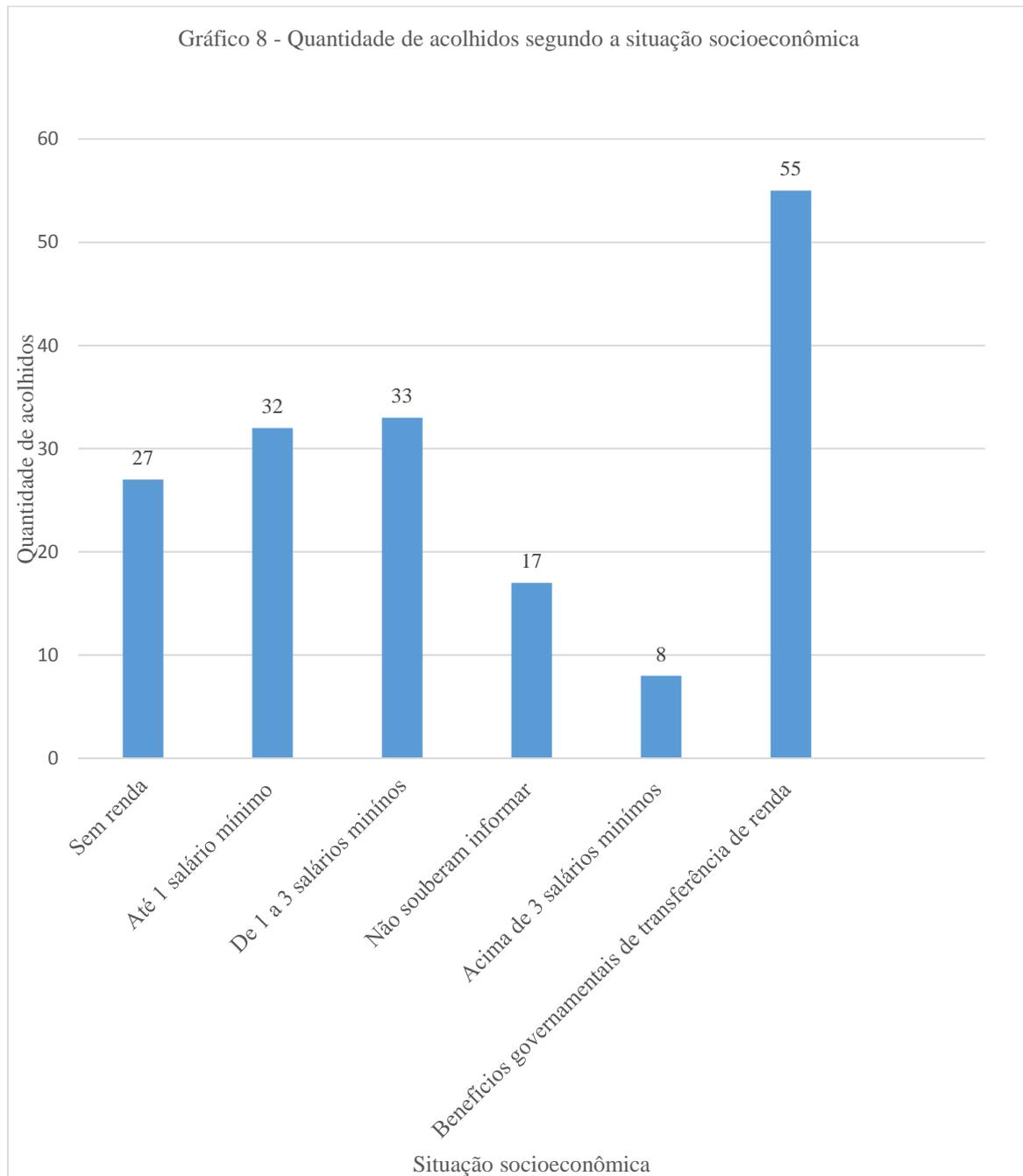
FONTE: Elaborado pela autora

Conforme o gráfico 6 em relação aos vínculos familiares, 72 pessoas que ficaram acolhidas na comunidade terapêutica no período de análise, relataram vínculos familiares mantidos, valor que representa 61% dos prontuários, seguido de 33 com vínculos fragilizados e 12 internos com vínculos familiares rompidos.



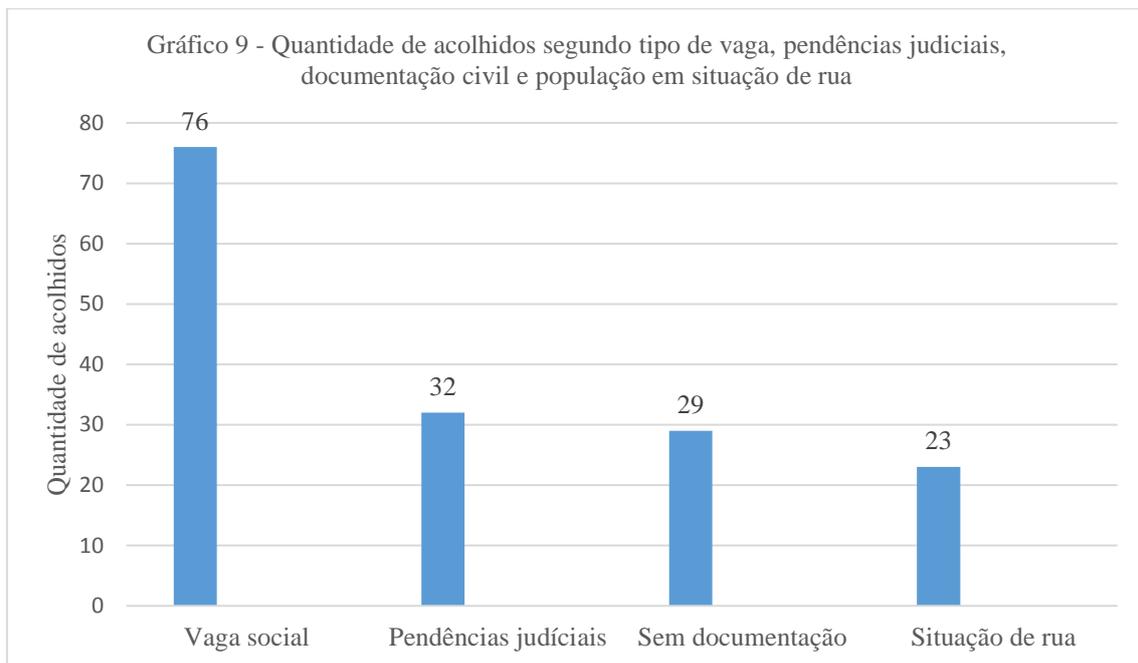
FONTE: Elaborado pela autora.

Seguindo os dados informados no gráfico 7 em relação às características da população atendida, os prontuários analisados apresentaram 67 acolhidos desempregados, valor que representa 57% dos acolhidos, seguido de 40 trabalhadores informais e 10 trabalhadores formais com registro em carteira de trabalho.



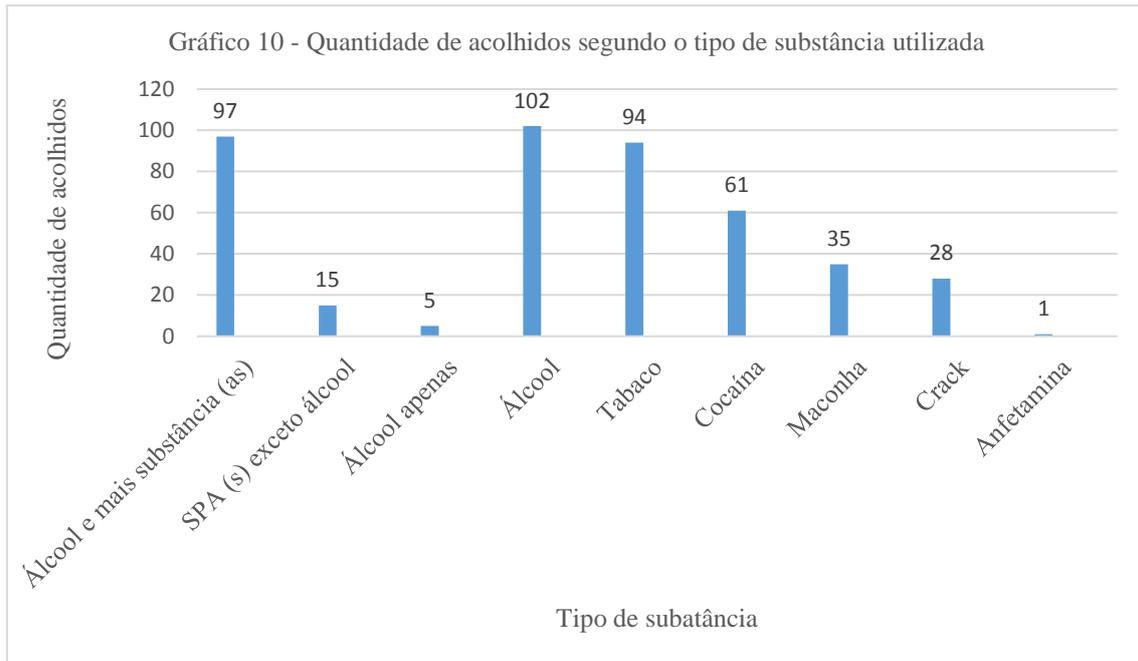
FONTE: Elaborado pela autora.

De acordo com o gráfico 8, a renda mensal familiar predominou entre aqueles que relataram receber algum tipo de benefício governamental: 26 com auxílio emergencial, 19 com bolsa família, 06 com seguro desemprego e 04 com auxílio doença, totalizando 55 dos prontuários, valor que representa 47 % do material analisado. Seguido de 1 a 3 salários mínimos com 33 dos prontuários, até 1 salário mínimo com 32 dos prontuários, sem renda com 27 dos prontuários, não souberam informar com 17 dos prontuários e acima de 3 salários mínimos com 8 dos prontuários.



FONTE: Elaborado pela autora.

Conforme os dados apresentados no gráfico 9 em relação às pendências judiciais, população em situação de rua, tipo de vaga e documentação pessoal, observamos 73% dos prontuários sem pendências judiciais e 27% com pendências; cerca de 80% com moradia fixa e 20% em situação de rua; 65% de acolhimentos em vaga social financiada pelo município de Cianorte e 35 % em vagas particulares; e 75 % dos acolhidos no período com ao menos um documento pessoal e 25% sem documentação alguma.

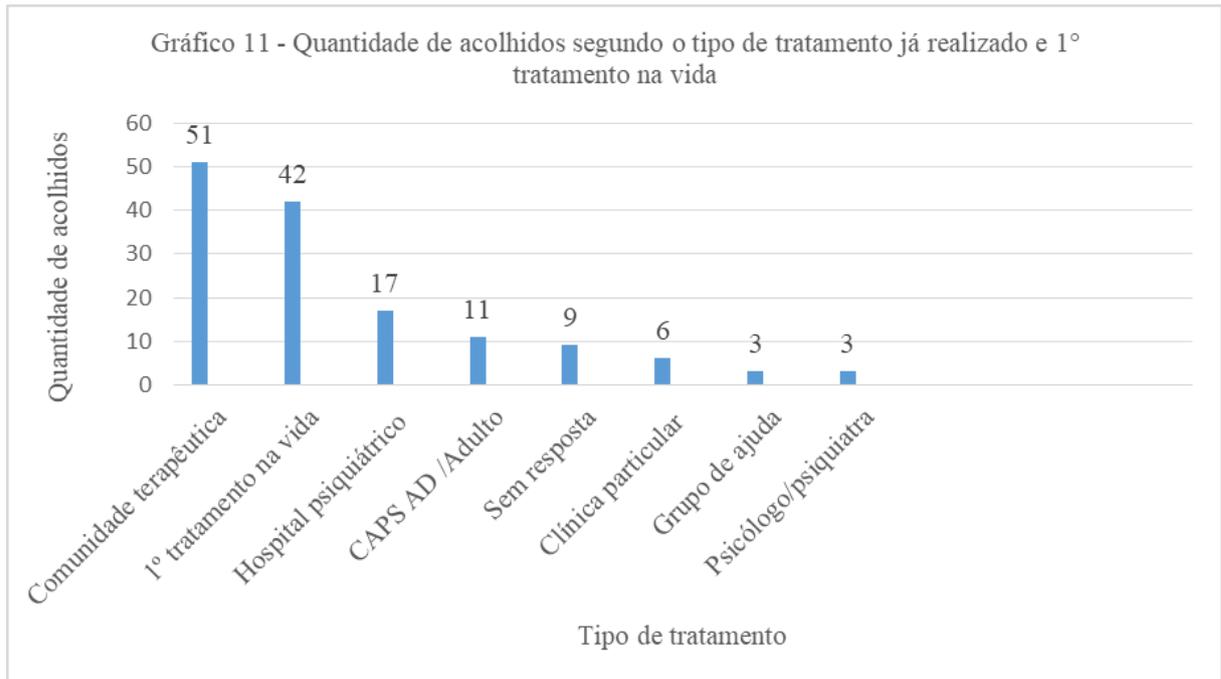


FONTE: Elaborado pela autora.

De acordo com o gráfico 10 os acolhimentos na comunidade terapêutica ocorreram devido ao uso abusivo ou dependente do álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack e anfetamina. Para identificar o uso de múltiplas substâncias foi realizada uma contagem considerando aqueles que fizeram uso de álcool mais uma substância e outra contagem considerando o uso de duas ou mais substâncias, exceto o álcool.

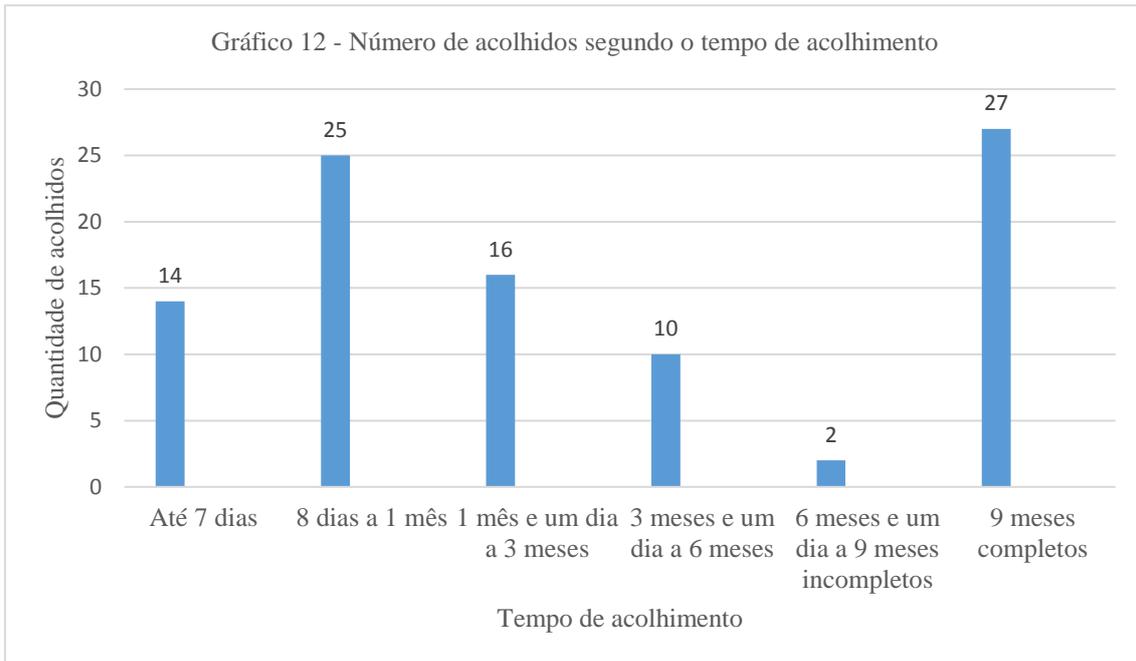
Diante da análise verificou-se que, entre os 117 acolhidos no período da pesquisa, 102 mencionaram o uso abusivo de álcool, valor que representa aproximadamente 87% da população total da pesquisa, sendo que 97 relataram o uso do álcool com mais uma substância e 5 relataram o uso apenas de álcool.

Seguido do álcool, as drogas mais utilizadas foram: o tabaco, cocaína, maconha, crack e, por último, anfetamina. E para aqueles que mencionaram o uso de múltiplas substâncias, exceto álcool, a tabela demonstra que 15 dos acolhidos relataram o uso de mais de uma substância, valor que representa aproximadamente 13 % da população total.



FONTE: Elaborado pela autora

Em relação aos tipos de tratamentos acessados anteriormente ao acolhimento, conforme o gráfico 11, nesta comunidade terapêutica, predominaram os atendimentos em comunidades terapêuticas com 51 dos usuários do serviço, valor que representa aproximadamente 43% dos prontuários, dentre este total 44 dos acolhidos passaram por acolhimento de 1 a 3 vezes na vida, valor que representa aproximadamente 82% dos acolhidos que já passaram por atendimento em CTs. Sequente às comunidades terapêuticas, os tipos de atendimentos mais acessados foram hospitais psiquiátricos com 17 prontuários, CAPS-AD e adulto (considerando que Cianorte-Pr e alguns municípios não possuem CAPS-AD) com 11 prontuários, clínica particular com 6 prontuários, grupos de autoajuda e psicólogo e psiquiatra com 3 prontuários em cada modalidade de atendimento. Do total de prontuários analisados, 42 acolhidos estavam passando pelo primeiro tratamento na vida, valor que representa 35% da amostra.



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme apresentado pelo gráfico 12 em relação ao tempo de acolhimento, a predominância esteve entre aqueles que concluíram os 9 meses de acolhimento e aqueles que ficaram de 8 dias a 1 mês.

Os 27 prontuários que apresentaram conclusão de acolhimento, representam aproximadamente 23% dos documentos e os 25 prontuários de 8 dias a 1 mês, aproximadamente 21%. Essas duas quantias vieram seguidas de 1 mês e um dia a 3 meses de acolhimento; até 7 dias; 3 meses e 1 dia a 6 meses.

Com base na apresentação dos gráficos, percebemos diferentes particularidades em torno da dependência química. Analisando as informações extraídas em nível nacional a partir do III LENUD e dos dados levantados na comunidade terapêutica que serviu como suporte empírico desta pesquisa, observamos que a dependência química está relacionada ao uso abusivo de álcool, crack, cocaína, maconha, tabaco, solventes, medicações, entre outras substâncias e até mesmo o uso de mais de uma dessas drogas pela mesma pessoa.

Além do uso de diferentes e múltiplas substâncias percebemos a diferença entre idade, escolaridade, religião, vínculos familiares trabalhistas, renda, existência ou não de pendências judiciais, documentação civil e ser ou não população de rua. Tais características e singularidades implicam na necessidade de diferentes formas de atendimento e planos individuais que atendam de fato a necessidade de cada um.

Somado ao plano individual de atendimento, vemos também uma necessidade de articulação com a rede de serviços intersetoriais, com a política de saúde, educação, assistência social, habitação entre outras, e assim traçar estratégias, junto ao dependente de SPA, que contribuam com o alcance da cidadania, respeitem os direitos humanos, livres de qualquer forma de preconceito e violência e que atendam as demandas apresentadas pelo próprio usuário do serviço.

A partir desta discussão, iremos ao longo do terceiro capítulo, discutir como os atendimentos ofertados pelas comunidades terapêuticas brasileiras são executados na prática e se essas instituições têm conseguido superar o caráter manicomial de atendimento. Para discussão iremos nos apropriar de pesquisas realizadas com base em projetos terapêuticos executados por CTs, relato de experiência profissional que tive enquanto assistente social na comunidade terapêutica que serviu como suporte empírico, e documentos emitidos pelas categorias profissionais que mais atuam nessas instituições: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Medicina.

4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: RUPTURAS E CONTINUIDADES DOS MANICÔMIOS.

4.1 PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA ATUALIDADE

Um dos problemas do estigma é que quando o dependente químico se enxerga como uma pessoa sem defeito e apto para viver em sociedade, existe a questão da aceitação. Mesmo o indivíduo que deixou de fazer uso de drogas ou que diminuiu o consumo de forma que consiga exercer suas atividades laborais, sociais e familiares, as pessoas que mantêm relação com ele e sabem sobre seu histórico, dificilmente conseguem lhe dar respeito e consideração. Tem, assim, sua identidade social contaminada pela identidade virtual e nesse jogo de relação o próprio indivíduo pode se sentir excluído e até mesmo agir de forma mais hostil. Para Goffman (2004) identidade social está relacionada aos atributos e características que a pessoa realmente possui e como ela mesma se enxerga, ao contrário da identidade virtual que é aquela formada pela opinião de outras pessoas.

Nos conflitos originados nas relações entre um estigmatizado e sociedade, a culpa facilmente cairá sobre o estigmatizado, e no caso de dependente químico as pessoas tendem a enxergá-lo como sujeito com falhas de caráter que o desabilita a manter o controle.

Sugeriu-se inicialmente que poderia haver uma discrepância entre a identidade virtual e a identidade real de um indivíduo. Quando conhecida ou manifesta, essa discrepância estraga a sua identidade social; ela tem como efeito afastar o indivíduo da sociedade e de si mesmo de tal modo que ele acaba por ser uma pessoa desacreditada frente a um mundo não receptivo. (GOFFMAN, 2004, p. 06).

Em busca do sentimento de pertencimento, dependentes químicos ou ex-dependentes tendem a desenvolver suas relações entre os iguais a eles. Como exemplo podemos citar os grupos de apoio. O fato de falar entre iguais sobre dificuldades, anseios e conquistas faz com que se sintam livres do sentimento de julgamento e exclusão. O dependente químico também pode perceber que ouvir o relato sobre atrocidades de seus colegas de grupo pode gerar desconforto, tornando o convívio entre os pares um problema.

As comunidades terapêuticas são instituições que possibilitam o convívio entre os pares, desta forma alguns dependentes químicos podem se sentir acolhidos nessas instituições e outros não, da mesma forma uns podem optar pelo acolhimento para se retirar do convívio em sociedade e outros optarem por outra modalidade de atendimento. E aqui temos uma questão: como as CTs agem diante disso e para lidar com as diferenças entre as pessoas em acolhimento?

De modo geral, o projeto terapêutico dessas instituições é elaborado para ser executado em 9 meses e igual a todos. Sendo assim, aqueles que não se adaptam ao modelo de acolhimento e projeto terapêutico e solicitam o desligamento da instituição são vistos como rebeldes, desobedientes, ingratos por não valorizarem a oportunidade que a instituição ofertou e por isso estão fadados ao fracasso.

Neste momento em que o sujeito não se vê dentro da comunidade é importante esclarecer que existem outros tipos de tratamento à dependência química e orientá-lo a buscar pelo que mais se adequaria a sua realidade.

O que queremos dizer é que as CTs podem sim atender as expectativas de uma parcela da população, enquanto outra parcela necessitará de metodologia de atendimento diferente, ou até mesmo de mais de uma forma de atendimento. Paralelo a isso, não podemos generalizar que todos profissionais inseridos nas comunidades têm a mesma postura, uma vez que tais profissionais podem ser aqueles chamados por Goffman (2004) de “informados” e outros não.

[...] há um conjunto de indivíduos dos quais o estigmatizado pode esperar algum apoio: aqueles que compartilham seu estigma e, em virtude disto, são definidos e se definem como seus iguais. O segundo conjunto é composto - tomando de empréstimo um termo utilizado por homossexuais - pelos "informados", ou seja, os que são normais, mas cuja situação especial levou a privar intimamente da vida secreta do indivíduo estigmatizado e a simpatizar com ela, e que gozam, ao mesmo tempo, de uma certa aceitação, uma certa pertinência cortês ao clã. (GOFFMAN, 2004, p. 27)

Diante dos informados, sabendo que será visto como uma pessoa comum, o dependente químico não se envergonha e não tem a necessidade de se autocontrolar, entretanto, o autor explica que para se tornar um informado primeiramente a pessoa precisa ser aceita pelo grupo estigmatizado, ou seja, a pessoa não deve simplesmente se colocar à disposição, mas ser aceita pelo grupo.

Existem dois tipos de pessoas informadas. O primeiro citado por Goffman (2004) é os profissionais que atendem e cuidam das necessidades dos estigmatizados, no caso das comunidades terapêuticas, os profissionais que executam o projeto terapêutico da instituição e que tendem a conhecer de forma mais direta os sintomas da doença e a singularidade de cada indivíduo.

O problema aqui é que, em sua maioria, os profissionais tendem a ser ex-acolhidos da instituição ou membros de alguma instituição religiosa, que, por não terem formação técnica e profissional sobre dependência química, se embasam apenas em parâmetros morais e religiosos e acabam por culpabilizar o indivíduo por sua atual situação, reduzindo-o em apenas dependente químico possuidor de atributos negativos e sem potencialidades.

O segundo tipo de pessoas informadas descritas por Goffman (2004) é o indivíduo que se relaciona com o estigmatizado em decorrência da estrutura social, como por exemplo, os familiares e amigos. As pessoas que fazem parte dessa estrutura tendem a compartilhar socialmente do mesmo descrédito que o dependente químico sofre. Diante da situação, a resposta a esse destino é abraçar e viver dentro do mundo do estigmatizado. Este pode ainda ser o motivo pelo qual pessoas evitam ou se afastam de sujeitos estigmatizados.

Em busca de tratamento e descanso decorrente das situações geradas pela impulsividade da dependência química e constrangimentos, é comum que familiares aceitem e apoiem o acolhimento em comunidades terapêuticas, sendo um dos principais objetivos de a família convencer o dependente químico a completar os nove meses de acolhimento, independentemente de suas reclamações e questionamentos sobre a metodologia utilizada nessas instituições.

Ao mesmo tempo que os informados adquirem em alguma proporção relação ao estigma do outro, o problema vivenciado pelo estigmatizado se espalha em suas relações com outras pessoas. Sobre isso podemos refletir em como é tratado um filho de dependente químico na escola? Uma mãe ou esposa que dedica sua vida a visitar seu filho ou esposo em instituições de atendimento à dependência química?

Pensando na modalidade em que as CTs brasileiras oferecem seus serviços, separamos algumas pesquisas de autores que se dedicaram, por meio de levantamentos bibliográficos e

visitas institucionais, a compreender especificidades do tratamento à dependência química nessas instituições e como as questões relacionadas ao estigma e a ruptura com a reforma psiquiátrica acontecem.

A partir desse levantamento observou-se que as instituições abrangidas pelas diferentes pesquisas se caracterizam como comunidades terapêuticas que prestam serviço de acolhimento e não de internamento, uma vez que são vedadas a realizar qualquer forma de internação. Fossi e Guareschi (2015) tiveram como base para sua pesquisa a análise de 4 projetos terapêuticos de diferentes CTs disponibilizados na internet e apontaram que o tratamento nas comunidades terapêuticas analisadas baseia-se na metodologia dos doze passos dos alcoólicos anônimos e utilizam-se de práticas confessionais, morais e com regras religiosas impostas, independente do credo religioso dos sujeitos anteriormente ao ingresso na instituição: os projetos terapêuticos são estruturados no tripé espiritualidade, disciplina e trabalho.

Nessas comunidades terapêuticas o projeto terapêutico tem como foco abstinência e é formado por regras rígidas e atividades específicas e obrigatórias a todos que ingressam nas instituições, com duração média de seis a doze meses de acolhimento, e, por serem localizadas em espaços geograficamente distantes, restringem relações externas, inclusive com atividades trabalhistas, escolares e de contato familiar.

Conforme os estudos das autoras as visitas familiares ocorrem, em sua maioria, uma vez por mês em data definida pela própria instituição e, em algumas delas, é exigido que o familiar frequente um grupo de apoio como o Amor Exigente, por exemplo, caso contrário a visita não é liberada.

A respeito das atividades internas, Fossi e Guareschi (2015) explicam que podem variar entre atividades laborais, terapêuticas e religiosas e seus principais objetivos são contribuir com a mudança de comportamento do indivíduo e reinserção social, e para que isso aconteça, valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade são desenvolvidos.

Outra característica do projeto terapêutico dessas instituições é que o mesmo era utilizado para todos que ingressaram nas comunidades terapêuticas independentemente do tipo de SPA utilizada e sem distinção entre uso, abuso e dependência. Sobre o quadro profissional, três apresentaram equipe técnica composta por profissionais da área da psicologia, serviço social e medicina, e uma, além dessas, citou atividades de educação física.

Ainda sobre o perfil de atendimento ofertado pelas comunidades terapêuticas, as autoras Scisleski e Pacheco (2013) elaboraram sua pesquisa com experiências profissionais vivenciadas em uma comunidade terapêutica e apresentaram as mesmas características de Fossi e Guareschi (2015) a essas instituições.

Scisleski e Pacheco (2013) apresentam as CTs como locais de confinamento e de acolhimento em tempo integral, onde os sujeitos vivem por oito meses fechados e em contato restrito com a sociedade, com atividades rotineiras que envolvem cuidar dos animais, de hortas, fazer artesanato, cozinhar, lavar as roupas, rezar diversas vezes ao dia e estudar a Bíblia diariamente. No caso desta instituição, Scisleski e Pacheco (2013) apontam para a ausência de um projeto terapêutico, sendo todas as atividades embasadas pelo saber religioso sem conhecimento técnico.

Analisando os estudos citados acima, o de Santos (2016) e DIEST (2017), observamos que, apesar de as comunidades terapêuticas propiciarem convivência entre os pares, essas instituições mantêm hierarquias bem definidas, entre os internos, coordenadores, profissionais técnicos e monitores e tanto a definição dos projetos terapêuticos e das atividades diárias são organizados e definidos sem a participação dos internos.

A pesquisa realizada pela Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Ipea (DIEST), entre 2014 e 2015, a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), denominada “Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras”, teve como base uma amostra de 500 comunidades extraídas de um cadastro de quase 2 mil comunidades terapêuticas elaborado em 2009 pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, em conjunto com o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a pedido da SENAD.

Considerando que a pesquisa da DIEST (2017) foi realizada nos anos de 2014 a 2016, não se pode assegurar que no momento da pesquisa havia no cadastro analisado todas as CTs existentes no Brasil. A investigação quanto à prática, rotina, relações que essas instituições estabelecem com os usuários e com os serviços intersetoriais teve como base trabalho de campo intensivo em 10 comunidades de diferentes regiões do Brasil. No entanto, a pesquisa não teve como objetivo avaliar normas de funcionamento destas instituições nem mesmo a resolução 01/2015, uma vez que esta foi elaborada no mesmo período em que a pesquisa estava sendo realizada.

Pela definição da DIEST (2017), as comunidades terapêuticas

[...] se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas,

além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT (DIEST, 2017, p. 07).

Assim como as pesquisas citadas até aqui, Santos (2016) e DIEST (2017) demonstram que os atendimentos ofertados pelas comunidades terapêuticas estão ancorados em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade. De acordo com os estudos, o trabalho é entendido como terapêutico, acontece por meio da laborterapia e tem como foco a autodisciplina e autocontrole, “disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de drogas, mas necessárias para o seu sucesso na vida social.” (SANTOS, 2016, p. 01).

Sobre as práticas espirituais, Santos (2016) coloca que essas atividades visam promover a fé dos internos e estão ancoradas em doutrinas religiosas, em sua maioria cristã, e são tidas como prática fundamental ao tratamento. A autora explica, também, que esta tem sido uma das maiores controvérsias que se encontra nas comunidades terapêuticas, principalmente pelo Estado ser laico e as CTs receberem recurso público.

Considerando esse pressuposto, a pesquisa realizada pela DIEST (2017) buscou esclarecer em que medida essa vinculação ocorre e quais são as principais religiões existentes entre as comunidades terapêuticas que participaram da pesquisa, demonstrando que:

- 41% das vagas estão em CTs de orientação pentecostal e representam 40 % das CTs;
- 26 % das vagas estão em CTs de orientação católica e representam 27 % das CTs;
- 19 % das vagas estão em CTs sem orientação religiosa específica e representam 18 % das CTs;
- 9 % das vagas estão em CTs que mencionaram outras orientações religiosas e representam 9% das CTs;
- E 5 % das vagas estão em CTs de orientação evangélica Missão e representam 7 % das CTs;

A respeito das atividades terapêuticas cotidianas realizadas pelos internos, DIEST (2017) buscou levantar e quantificá-las a fim de verificar a porcentagem de tais práticas entre o universo das comunidades terapêuticas e em qual medida essas instituições praticam as mesmas atividades.

Observou-se diferentes recursos terapêuticos e atividades que os compõem e ao mesmo tempo uma certa homogeneidade na relação entre estes, como exemplo, podemos citar a espiritualidade, laborterapia e atividades físicas e desportivas presentes em mais de 90% das CTs; atividades de psicoterapias em grupos presentes em 88,5% e individuais em 84,5%; a aplicação dos 12 passos em 70% das CTs. No entanto, o relatório destacou a porcentagem de

CTs que fazem uso de medicação, estando esta prática presente em 55% das CTs e atividades de qualificação profissional em apenas 46% dessas instituições.

Sobre a equipe responsável pela execução dos projetos terapêuticos nas CTs, a pesquisa demonstrou que essas instituições contam com trabalhadores voluntários e empregados formais. Os profissionais da saúde de nível superior que mais ocupam esses espaços são psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros. Entre os psicólogos demonstra-se 1,1 profissional formal contra 0,7 informal a cada 100 vagas; assistentes sociais 0,7 profissional formal contra 0,6 informal a cada 100 vagas; dados que demonstram que a maioria dos espaços ocupados por esses profissionais é empregos formais. Os médicos são 0,5 profissional formal contra 0,6 informal a cada 100 vagas e enfermeiros 0,4 profissional formal contra 0,6 informal a cada 100 vagas, demonstrando que essas duas últimas categorias profissionais atuam nesses espaços em maioria informalmente.

Considerando que a pesquisa realizada pela DIEST (2017), entre outras informações, reuniu dados sobre as atividades desenvolvidas pelas instituições e quadro de funcionários demonstrou que o modelo de tratamento das comunidades está pautado no trabalho, na disciplina, na espiritualidade e saberes científicos, por meio de profissionais da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social.

Sobre a pesquisa citada acima, Santos (2016) esclarece que os estudos buscaram traçar o perfil dessas instituições a fim de aperfeiçoar a gestão dos convênios e contratos de governo federal estabelecidos com elas. Vale destacar que anteriormente à RAPS as comunidades terapêuticas já integravam a rede pública de atenção e cuidado a usuários de substâncias psicoativas (SPA) por meio da lei 11.343/2006, tornando-as elegíveis ao financiamento público. De acordo com a lei, a atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de SPA devem ser ofertadas pelo SUS, mas também por instituições privadas e do terceiro setor.

Vale destacar que estados e municípios financiam essas instituições anteriormente à Lei de Drogas, enquanto o financiamento federal iniciou em 2011, por meio do plano “Crack, é possível vencer”, que contou com recursos repassados pelo Fundo Nacional Antidrogas, (FUNAD) por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - Ministério da Justiça (SENAD/MJ) – Atual Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), vinculada ao Ministério da Cidadania.

Pensando na viabilidade de financiamento público federal às comunidades terapêuticas, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, através da Resolução 01/2015, elaborou um conjunto de normas disciplinadoras para o acolhimento voluntário nessas instituições, que passou a regulamentar atividades como a laborterapia observando as regulamentações

trabalhistas, as práticas religiosas com respeito aos diferentes credos, a necessidade de um programa terapêutico e a elaboração de um plano individual de acolhimento, entre outras.

É comum dependentes passarem por mais de uma modalidade de atendimento, como hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e CAPS-AD, conseguir reduzir ou cessar o uso de psicoativos. No entanto, para que isso aconteça é necessário que o dependente químico consiga se ver além do uso de drogas, ou seja, que consiga identificar de fato quem ele é, suas potencialidades, vulnerabilidades, o que gosta e o que não gosta, e assim, junto com a equipe interdisciplinar, desenvolver um plano individual de atendimento dentro de suas expectativas e projeto de vida.

Contudo, quando analisamos a estrutura metodológica das comunidades terapêuticas observamos fragilidade na construção do projeto terapêutico que possa ser reestruturado conforme a necessidade de cada pessoa, o que interfere na construção do “eu” do indivíduo e, conseqüentemente, como este é visto pela sociedade e como ele se relaciona e como será reinserido socialmente. Mas, por outro lado, como observamos no capítulo 3 desta pesquisa é perceptível a adesão e uma alta procura por essas instituições.

Para explicar a construção do eu Goffman (2004) traz o conceito de carreira moral. De acordo com o autor, a carreira moral é definida em sequência de mudanças que produzem efeitos na identidade e no esquema de imagens da pessoa para julgar os outros e a si própria.

No caso do dependente químico, o sujeito também tende a se ver da mesma forma que as pessoas os julgam ser, e acabam aceitando o que lhe é colocado pela sociedade como definição pessoal.

Ao rever a sua própria carreira moral, o estigmatizado pode escolher e elaborar retrospectivamente as experiências que lhe permitem explicar a origem das crenças e práticas que ele agora adota em relação a seus iguais e aos normais. Um acontecimento em sua vida pode, assim, ter um duplo significado na carreira moral, em primeiro lugar como causa objetiva imediata de uma crise real, e depois (e mais facilmente demonstrável), como meio para explicar uma posição comumente tomada. (GOFFMAN, 2004, p. 36).

Por isso a necessidade de diferentes projetos terapêuticos em uma mesma instituição e elaboração de planos individuais de atendimento, em que o indivíduo é visto para além da dependência química, tanto pela equipe que o atende como por ele mesmo. Neste ponto entra a necessidade de uma equipe capacitada técnica e cientificamente para reconstrução da carreira moral da pessoa em acolhimento.

Ao longo dessa relação e reconstrução da carreira moral, o estigmatizado tende a se ver enquanto normal e olha para os mais antigos do grupo e vê que estes se parecem bastante com os seres humanos que não vivenciaram aquele estigma.

A relação entre os pares nas comunidades terapêuticas que possuem ex-internos na equipe profissional tende a contribuir para esse tipo de reconstrução da carreira moral, contudo, a falta de capacidade técnica pode contribuir para a espiritualização, culpabilização e moralização da doença. Ou seja, a questão não está em ser um profissional e ex-interno, mas sim na falta de capacidade técnica, científica e que considere os sujeitos para além do uso de substâncias.

Mesmo após a reconstrução de sua carreira moral, o dependente químico pode passar por duas situações mencionadas por Goffman (2004). A primeira é a de colaborar o máximo possível com os normais em busca de aceitação e de sentimento de utilidade. A segunda situação mencionada pelo autor é quando o estigma não está imediatamente aparente ou quando o estigmatizado não sabe que as pessoas sabem sobre o estigma, e então a questão que se coloca é a da manipulação que esconda seu “defeito”. Mostrar ou ocultá-lo? Mentir sobre sua realidade ou falar a verdade?

De acordo com Goffman (2004), quando um fato na vida de um desacreditável aconteceu no passado, como no exemplo de um dependente abstêmio do uso de drogas ou que diminuiu o consumo, o indivíduo ficará preocupado com as pessoas que conhecem sobre seu histórico de uso. Esse comportamento é comum não apenas entre os dependentes químicos que continuam fazendo o uso de psicoativos, mas também naqueles que finalizam o acolhimento em comunidade terapêutica e passam a frequentar a mesma instituição religiosa, onde o indivíduo busca a todo tempo estar à disposição tanto das lideranças religiosas e dos demais membros. Ou seja, um tratamento, diminuir ou parar de fazer o uso de drogas, não são suficientes para desconstrução do estigma e reconstrução da carreira moral, o mesmo pode ocorrer em seu ambiente de trabalho, entre amigos e familiares.

Analisando os estudos de Goffman (2004), percebemos que os indivíduos têm a necessidade de manipular seu estigma em busca de provar sua utilidade e valor, tanto para si quanto para os demais, sendo assim, a condição de dependência química não pode ocasionar efeitos negativos em relação à sua competência. No entanto, a partir do momento em que julgamos o sujeito apenas pelo uso, o limitamos em sua execução de tarefas diárias, como trabalho, cuidados com a família, tomada de decisão, entre outras. Por isso a necessidade da participação da família na construção e participação do plano individual de atendimento, o que dificilmente acontece nas comunidades.

Ao inserir os familiares e pessoas mais próximas no tratamento, passa a se ter a possibilidade da desconstrução da inutilidade do dependente químico e dos demais estigmas, e contribui para que os sujeitos sejam vistos além da droga, identificando os diversos fatores sociais que compõem cada sujeito sem discriminação ou criminalização do uso, e, em contrapartida, a família e pessoas próximas tendem a trazer informações e qualidades que até mesmo o dependente químico desconhece ou se esqueceu.

Toda questão gerada em torno da necessidade de manipulação do estigma está vinculada ao fato de se conhecer ou não o estigmatizado em sua totalidade e singularidade. Para essa discussão Goffman (2004) apresenta o conceito de identidade pessoal e unicidade.

Ao falar da identidade pessoal de cada sujeito, o autor explica que, em ciclos de pessoas conhecidas o estigmatizado pode ser visto como uma pessoa única e com marcas positivas. Embora características específicas de um dependente químico sejam conhecidas por outras pessoas, o conjunto completo de características que o torna ser humano fará dele uma pessoa única, diferente de qualquer outra no mundo.

Para membros da família de um dependente químico, por mais que o indivíduo já tenha causado problemas em decorrência do uso e chegue no ponto mais avançado da doença no qual surgem conflitos relacionados às diversas formas de violências dentro e/ou fora do contexto familiar, comumente esse indivíduo continuará sendo único e com qualidades desconhecidas pelos demais, e quando conversadas com a equipe interdisciplinar potencializa de forma positiva o tratamento da doença.

Quando Goffman (2004) se refere ao termo identidade pessoal, sua referência está nas marcas positivas, a combinação única de fatores históricos da vida dos sujeitos e interligada a aspectos de sua identidade social.

A identidade pessoal, então, está relacionada com a pressuposição de que ele pode ser diferenciado de todos os outros e que, em torno desses meios de diferenciação, podem-se apegar e entrelaçar, como açúcar cristalizado, criando uma história contínua e única de fatos sociais que se torna, então, a substância pegajosa a qual vêm-se agregar outros fatos biográficos. (GOFFMAN, p. 51, 2004).

Diante das informações discutidas até aqui podemos refletir sobre alguns aspectos em relação à dependência química e o acolhimento em comunidades terapêuticas: Os profissionais que atuam nessas instituições estão capacitados e dispostos a olharem o sujeito em sua totalidade e como um ser único ou se restringem apenas à doença? Após o término do acolhimento, como essa pessoa é recebida em suas relações quando se depara com as pessoas que sabem do acolhimento? Esse estigma criado não apenas pela dependência química, mas

também pelo tratamento ocorre apenas quando o sujeito é acolhido em comunidade ou em outros equipamentos?

Quando observamos o que já foi estudado até o momento, percebemos que quando o sujeito é reduzido apenas à dependência química tudo fica mais complexo em suas relações. Podemos afirmar que, de um lado, o dependente químico sempre terá a necessidade de ser aprovado pelas pessoas, além da necessidade de provar seu caráter e dignidade o tempo todo. Seu patrão, seus familiares e amigos estarão em constante luta para estabelecer a confiança na relação que foi quebrada, e por estar ciente dessas dificuldades, comumente os sujeitos escondem seu tratamento das pessoas que o desconhecem. Contudo, não podemos afirmar que essa situação ocorreu apenas com aquelas que passaram por acolhimento em comunidade terapêutica.

Para Goffman (2004), cada grupo estigmatizado possui um repertório de comportamento que contribui ao encobrimento, e diversos motivos para realizá-lo e sempre existirá situações que obriguem o estigmatizado a revelar seu “defeito” de forma espontânea ou não. Como por exemplo, o dependente químico que precisa comunicar à empresa onde trabalha sobre o acolhimento em uma comunidade terapêutica, pois só assim não será demitido por justa causa e poderá receber auxílio doença. Goffman (2004, p. 74) explica que,

[...] não saber até que ponto vai a informação que os outros têm de si constitui um problema sempre que o seu chefe ou o professor está devidamente informados de seu estigma, mas os outros não. Como foi sugerido ele pode-se tornar sujeito a vários tipos de chantagem por parte de quem conhece o seu segredo e não tem nenhum bom motivo para guardar silêncio sobre ele. O indivíduo que se encobre pode também sofrer a experiência clássica e fundamental de ter que se expor, durante uma interação face-a-face, traído pela própria fraqueza que ele tenta esconder, pelos outros presentes ou por circunstâncias impessoais.

Aquele que encobre está sempre atento para ouvir o que os outros pensam sobre as pessoas que possuem seu estigma e percebem que quando começam a relação com ele sem saber “mudam nitidamente a sua conversa assim que tomam conhecimento do fato” (GOFFMAN, 2004, p. 74).

Percebemos que as pessoas podem construir sua autoimagem em cima do que os outros já construíram a respeito de sua identificação pessoal e social, porém, isso não tira a liberdade dos sujeitos elaborarem sobre si mesmos sua identidade em virtude de suas experiências sociais. Sendo assim, se ver como membro de um grupo pode ser essencial ou prejudicial para a construção da identidade de uma pessoa.

Quando o sujeito estigmatizado passa a conviver muito tempo com pessoas normais, ele pode se considerar em termos não estigmatizados, mas também pode perceber em uma maior

proporção suas características que o estigmatizam. Outra situação que pode ocorrer é a pessoa estigmatizada estratificar em grau de visibilidade outros sujeitos que tenham o mesmo estigma que o seu e se comportar diante delas da mesma forma que os normais.

No contexto da dependência química isso é muito comum entre os dependentes de drogas lícitas e ilícitas. Comumente os alcoolistas não se enxergam como dependentes químicos, principalmente pelo uso cultural e recreativo do álcool na sociedade, e por muitos não o reconhecerem como uma droga, faz com que o alcoolista coloque o dependente de substâncias ilícitas em uma posição mais visível de dependência, principalmente quando se trata do uso de crack.

Sobre o assunto Goffman (2004) explica que nessa relação com os normais os estigmatizados não podem nem aceitar seu grupo e nem o abandonar, contudo, sempre terá momentos que o estigmatizado se esforçará para normalizar suas características, seja buscando se igualar aos normais, se distanciando para que outras pessoas não percebam ou dando visibilidade ao estigma do outro. Para o autor, os profissionais que trabalham com o público estigmatizado ajudam os sujeitos a se relacionarem com os normais, seja contando sua história de vida ou como saiu de tal situação que gerou o estigma.

Para Goffman (2004), nem sempre as pessoas normais estarão preparadas para lidar com os estigmatizados e o fato de os estigmatizados se enxergarem como aceitos mais do que são pode levá-los a ocupar espaços onde não são aceitos de fato e até mesmo gerar situações constrangedoras.

Um dependente químico, por exemplo, que deixou de fazer uso de substâncias, pode levar um tempo considerável até que as pessoas passem a confiar nele novamente e facilmente será o suspeito de culpa por algo de errado que acontecer, como sumiço de dinheiro ou bens de valores, e isso pode ser em seu ambiente de trabalho, casa, entre amigos e entre outras relações sociais, e saber disso pode levar os indivíduos a viverem em constante estado de alerta e desconforto social.

A fórmula geral é evidente. Exige-se do indivíduo estigmatizado que ele se comporte de maneira tal que não signifique nem que sua carga é pesada, e nem que carregá-la tornou-o diferente de nós; ao mesmo tempo, ele deve-se manter a uma distância tal que nos assegure que podemos confirmar, de forma indolor, essa crença sobre ele. Em outras palavras, ele é aconselhado a corresponder naturalmente, aceitando com naturalidade a si mesmo e aos outros, uma aceitação de si mesmo que nós não fomos os primeiros a lhe dar. (GOFFMAN, 2004, p. 105)

Até aqui observamos que a diferença entre identidade social real e virtual leva os sujeitos a manipular e viver em constante tensão em relação às características que causam o estigma, e conseqüentemente, o leva a se apresentar às pessoas de modo precário, sujeito ao insulto e descrédito. Para Goffman (2004) a relação entre estigmatizado e os normais não se resume a isso e explica que um faz parte do outro, sendo assim se o estigmatizado pode se manifestar de forma vulnerável, o normal também pode, pois, ao imputar identidades aos sujeitos desacreditáveis ou não, os normais podem ser vistos como tolos, principalmente por não conhecerem de fato sobre o estigma do outro.

Analisando os projetos terapêuticos, percebemos que os dependentes de substâncias psicoativas são vistos como pessoas excluídas da ordem social, como inabilitados para viver em sociedade, vazias de moralidade, sem respeito aos que lhe são superiores, ou seja, apresentam-se como pessoas com defeitos quando comparadas ao modelo adequado de vida social e por isso precisam ser consertadas e recuperadas.

No entanto, assim como as demais instituições que foram citadas até aqui, as atividades desenvolvidas pela comunidade que serviu de embasamento empírico, exceto as realizadas pela equipe técnica, eram desenvolvidas com cunho religioso e no sentido de doutrinação e reajuste do sujeito para convívio em sociedade, com base no tripé: espiritualidade, trabalho e disciplina. Outra dificuldade que também se alia aos dados bibliográficos está relacionada ao projeto terapêutico. Mesmo sendo elaborado plano individual de atendimento, dificilmente o acolhido e seus familiares participavam da elaboração do mesmo. O PIA era elaborado pela equipe técnica, que se reunia mensalmente para discussão dos casos e elaboração do documento.

Percebemos, então, que mesmo tendo em sua estrutura funcional espaço para ações individuais e pontuais dos acolhidos, a comunidade terapêutica de suporte empírico apresentou as mesmas dificuldades que as outras discutidas anteriormente em pesquisas, principalmente no sentido de elaborar plano individual de atendimento limitado a um único tipo de projeto terapêutico atrelado com questões subjetivas de cada usuário do serviço, que quando não respeitadas ferem diretamente conceitos relacionados à cidadania e direitos humanos, dificuldades que contribuem com exclusão social, estigma da doença reproduzido pelas CTs, criminalização, moralização e demonização do uso de SPA, além de atrelar ao desligamento por pedido do acolhido antes de concluir 9 meses à desobediência e ingratidão. Questões também discutidas pelos conselhos profissionais de medicina, enfermagem, serviço e psicologia e que serão apresentadas a seguir.

Diante da fragilidade das comunidades terapêuticas, o financiamento de vagas nessas instituições gerou controvérsias entre diversas categorias profissionais que se posicionam contrárias ao modelo de tratamento ofertado pelas CTs no Brasil, dentre essas categorias podemos citar a psicologia, o serviço social, enfermagem e medicina, profissões que, conforme demonstrou DIEST/IPEA (2017), têm ocupado um espaço profissional nas comunidades terapêuticas.

4.2 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)

Em documentos emitidos por esse conselho profissional e outros das profissões citadas anteriormente observa-se uma discussão com embasamento de que os serviços ofertados pelas comunidades terapêuticas, assim como sua regulamentação representam um retrocesso à política pública de saúde mental, além de receberem financiamento de órgãos da administração pública que poderiam ser investidos em outros setores, como na política de Redução de Danos.

Ainda sobre a distinção entre os tipos de serviços oferecidos pelas comunidades terapêuticas e em busca de responder “como deve ser o atendimento ofertado por uma clínica especializada em atender dependentes químicos”, o Conselho Federal de Medicina, em dezembro de 2021, publicou o parecer 08/2021 que regulamenta funções, estrutura, equipamentos e profissionais necessários, para a atuação das clínicas médicas especializadas em dependência química.

De acordo com matéria publicada pelo próprio Conselho de Medicina, a regulamentação dessas clínicas ocorreu após elaboração do parecer 08/2021, lançado oficialmente no dia 1º de dezembro de 2021, com a presença do ministro da Cidadania e do coordenador geral de saúde mental, álcool e outras drogas. Além desse aspecto, o parecer servia para diferenciar os serviços ofertados por comunidades terapêuticas e instituições não médicas, que se confundem com clínicas médicas, sendo assim, as chamadas comunidades terapêuticas de natureza médica presentes em resoluções anteriores, passam a ser chamadas de clínicas especializadas em dependência química.

O Conselho Federal de Medicina, em 2013, alterou as resoluções de nº 2056/13 e nº 2057/13 e distinguiu comunidades terapêuticas médicas de comunidades terapêuticas não médicas, explicando que as CTs médicas são aquelas que prestam atendimento médico psiquiátrico e, por isso, devem atender requisitos adicionais, que seriam os mesmos impostos aos outros tipos de estabelecimentos de hospitalização.

E as CTs não médicas, também chamadas de comunidades terapêuticas acolhedoras, não podem ser inscritas no Conselho Federal de Medicina, pois são aquelas que não prestam assistência médica e não seguem as mesmas normatizações hospitalares e não possuem equipe médica e de saúde para atendimento e, por isso, não devem ocorrer dentro dessas instituições prescrições médicas, internações involuntárias e compulsórias, em decorrência de transtornos psiquiátricos e dependência química ou outras doenças que requeiram atenção médica presencial e constante.

O parecer 09/2015 esclarece que, de acordo com a definição da RDC nº29/2011 e a Lei sobre Drogas (assim como no marco regulatório das comunidades terapêuticas), as CTs citadas nessas normativas não exigem a presença de profissional médico e nem de equipe correspondente, mas de um profissional de nível superior, além de vetar o acolhimento de pessoas que apresentem problemas de saúde e que necessitem de cuidados constantes e sistemáticos.

E por isso não são instituições médicas, portanto, não podem ser inscritas nos Conselhos Regionais de Medicina e nem são considerados ambientes seguros para internações involuntárias e compulsórias, vetando aos médicos a prescrição de tratamento nesses locais, ou seja, o acolhimento nessas instituições pode ser feito apenas àqueles que desejam voluntariamente submeter-se a esta metodologia de tratamento, no entanto é vedado ao médico a indicação de tratamento em comunidades terapêuticas até mesmo nos casos de acolhimento voluntário.

Por fim, o parecer coloca que as CTs acolhedoras estão distantes do que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, salientando que, assim como é vetada a indicação de internamento nestes locais, é vetado aos médicos assumir o tratamento desses internos enquanto tutelados dessas instituições e em casos que necessitem de atendimento médico, as CTs devem encaminhar os acolhidos para atendimento em serviços de saúde público ou privado.

4.3 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)

No âmbito da enfermagem, a Comissão Técnica do Conselho Federal de Enfermagem (CONAESM/COFEN) apontou riscos a resolução nº 3 de 24 de julho de 2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que regulamenta o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, indicando para atendimento a esse público instituições que seguem os princípios da reforma psiquiátrica e da redução de danos e que tenham como

princípio formas mais humanizadas de atendimento, a não discriminação da pessoa usuária ou dependente de SPAs e que visem a participação social.

Em nota a CONAESM/COFEN (2020) explicou que continuamente realiza ações em prol da defesa de implementação de políticas públicas que respeitem os direitos humanos e que seguem os dispostos pela reforma psiquiátrica em espaços de diálogos e que contribuem para ruptura com o preconceito e práticas de internação involuntária e compulsória.

Sobre o financiamento público por parte do governo federal, a mesma nota coloca que o aumento das comunidades terapêuticas acontece por insuficiência do Estado em expandir e capacitar as redes de saúde e de assistência social para o cuidado de pessoas que fazem uso de SPAs. E por esse motivo recursos que poderiam ser investidos na RAPS vêm sendo repassados às comunidades terapêuticas, instituições essas que prestam serviços contrários à política de redução de danos.

Outro ponto que a Comissão apresentou é que a grande maioria dessas instituições não recebe nenhum tipo de fiscalização e nem está cadastrada em serviços de referência que regulamentem sua prática.

Crescente a isso, CONAESM/COFEN (2020) esclarece que, mesmo tendo semelhanças com propostos pela reforma psiquiátrica, as comunidades terapêuticas brasileiras seguem um viés diferente, pois maiores números das CTs no Brasil seguem práticas desumanas e parecidas com as das antigas instituições manicomiais, sem garantir minimamente a preservação de direitos humanos básicos.

4.4 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP)

O relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC /MPF), publicado em 2018, teve como base visitas técnicas realizadas em 28 comunidades terapêuticas de doze cidades em outubro de 2017.

Diante das visitas constatou-se uma visão geral dessas instituições em caráter asilar, devido à ausência de recursos que atendessem aos sujeitos de forma integral na área da saúde, assistência social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, lazer entre outros. E pela não garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, como o acesso às políticas públicas,

inserção da família no processo de tratamento, do trabalho e acesso à comunidade, proteção ao abuso e exploração, direito à presença médica e acesso a meios de comunicação.

Por serem locais de isolamento e que dificultam o contato das pessoas com o mundo externo, sendo este um dos princípios que orientam o serviço ofertado pelas comunidades terapêuticas, o relatório apresentou as CTs como instituições de isolamento e restrição do convívio social, indicando afronta às políticas públicas de saúde mental brasileira.

A questão da incomunicabilidade e visitas restritas, junto à guarda de documentos e dinheiro, como práticas encontradas nas CTs, resultam em impossibilidades de saída que vão além de trancas e restrições físicas, mas relacionadas a um conjunto de regras e normas rígidas que, de acordo com o relatório, “funcionam como um jogo de manipulação emocional” (CFP, 2018, p. 58). Somado a isso o pouco acesso e contato com a sociedade e com a família perpassam por punições, uma vez que o acesso está atrelado ao “bom comportamento”.

O CFP (2018) apresenta que 17 das 28 instituições visitadas estão geograficamente em locais de difícil acesso, o que evidencia o objetivo das CTs em inibir as saídas das pessoas internadas, o difícil acesso também foi encontrado em algumas comunidades pela existência de muros, portões, trancas e restrições à saída.

Outro aspecto da restrição com o mundo externo está relacionado à violação de correspondência e pelo controle e limitações de contatos telefônicos. Sobre o assunto, em apenas 5 das 28 comunidades terapêuticas visitadas não foram identificadas práticas como essas, nas demais foram apresentados relatos de abertura de correspondência, acompanhamento de ligação telefônica e no contato com pessoas externas.

Sobre a forma de internação realizada entre as 28 comunidades terapêuticas visitadas: 10 afirmaram receber apenas internações voluntárias; 1 afirmou receber apenas internações involuntárias e compulsórias; e 17 afirmaram receber internações voluntárias, além de involuntárias ou compulsórias.

Além dessas características que envolvem a metodologia de tratamento, constatou-se nessas instituições a ausência de projeto terapêutico individual, violação da liberdade religiosa, exploração do trabalho como ferramenta de disciplina por meio de laborterapia, fragilidade em equipe profissionais e indícios de violação de direitos trabalhistas, administração irregular de medicação e rotinas rígidas com traços e indícios de sanções punitivas.

De acordo com o CFP (2018), as 28 comunidades terapêuticas visitadas têm como método de tratamento o modelo de abstinência com referências a práticas confessionais e religiosas, e por não atenderem às normatizações específicas à saúde não podem ser consideradas instituições de atenção médica.

Ao longo do relatório produzido, é esclarecido que o questionamento que se faz às comunidades terapêuticas não é propriamente dito as crenças religiosas, mas ao uso dessas práticas enquanto método de atendimento às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de SPAs, com maior atenção às instituições subsidiadas pelo Estado com dinheiro público e sem fiscalização.

Entre as 28 instituições, 18 recebem algum tipo de recurso público, ao nível federal, estadual ou municipal, confirmando a entrada das comunidades terapêuticas como instituições que prestam serviços ao poder público. No entanto, mesmo que haja dispositivos legais para esses espaços, o relatório questiona a respeito da capacidade das CTs em prestar serviços a essa população e que possam ser referenciados enquanto política pública.

Outro questionamento está sobre a capacidade das comunidades terapêuticas em realizar seus serviços sob o viés das políticas públicas voltadas à saúde. Tais críticas são levantadas, pois entende-se que o financiamento por parte do Estado dessas instituições resulta na destinação de recursos públicos a locais onde foram identificadas violações de direitos humanos e que poderiam ser utilizados em políticas públicas de saúde que seguem os pressupostos da reforma psiquiátrica.

4.5 ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS)

Assim como os conselhos profissionais citados acima, o conjunto CFESS/CRESS, (Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social) concorda que as comunidades terapêuticas no modelo apresentado pelas pesquisas analisadas no decorrer deste trabalho, representam um retrocesso à política de saúde mental e à reforma psiquiátrica brasileira, assim como sua inclusão na RAPS e o recebimento de recursos públicos através de convênios e contratos firmados entre o Estado e essas instituições.

Em nota técnica a respeito das implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil, publicada em julho de 2019 pelo conjunto CFESS/CRESS, o conselho que regulamenta a profissão em serviço social posicionou-se contrário à inclusão das comunidades terapêuticas na RAPS, assim como a inclusão de comunidades terapêuticas acolhedoras como instituições que prestam serviços de acolhimento à população usuária ou dependente de SPAs.

Tal posicionamento se deu pela classe por compreender que as comunidades terapêuticas brasileiras não possuem capacidade para lidar com a complexidade dos problemas

relacionados à dependência química, uma vez que, em sua maioria, são instituições religiosas e que tratam o uso e abuso de drogas como um problema moral.

Somado a isso, de acordo com a nota técnica, as alterações vivenciadas pela Política Nacional de Drogas são resultadas da onda conservadora vivenciada no Brasil, o que tem causado preocupação ao conjunto CFESS/CRESS, pois as comunidades terapêuticas, mesmo com práticas desumanas e de violação de direitos humanos, têm alcançado um poder tanto político como econômico, causando ainda recuo aos avanços decorrentes da reforma psiquiátrica brasileira.

Tendo como base o relatório de inspeção realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011 o conjunto CFESS/CRESS observou a presença de equipe básica reduzida nas comunidades terapêuticas, composta em sua maioria por assistentes sociais e psicólogos, no entanto, mesmo sem capacidade técnica e institucional, as comunidades terapêuticas vêm desenvolvendo atividades e ações típicas da saúde. (CFESS, 2018).

Sobre as atividades desenvolvidas nas instituições, em sua maioria, são de cunho religioso por meio de aulas, cultos, oração, leitura da bíblia e grupos de espiritualidade, motivos esses que atrelados aos já descritos ao longo deste texto, o Conselho Federal de Serviço Social, assim como os regionais não reconhecem as comunidades terapêuticas como espaços para tratamento de pessoas que fazem uso abusivo ou dependente de SPAs.

4.6 IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS NO MONITORAMENTO DA POLÍTICA BRASILEIRA SOBRE DROGAS

Diante das análises dos conselhos profissionais, percebemos uma discrepância e distanciamento entre a reforma psiquiátrica e as práticas realizadas pelas comunidades terapêuticas, contudo, observamos que a expansão de tais instituições está atrelada com o vácuo deixado pelo Estado em relação à execução e falta de investimento em políticas públicas que têm como base princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.

Considerando o ciclo de políticas públicas apresentado por Secchi (2004) e esse distanciamento, finalizamos esta pesquisa com o seguinte questionamento: como tem sido feita a avaliação do serviço prestado pelas Comunidades Terapêuticas? Ou seja, como tem sido realizada a análise das práticas executadas por essas instituições que continuam embasando a continuidade e o crescente financiamento público pós reforma psiquiátrica?

Farah (2017) explica que a partir da Constituição Federal de 1988 e os anos de 1980 foram marcados pela democratização, e deu um novo lugar às políticas públicas em relação à

criação, execução e avaliação, além da contribuição das ciências políticas, criando novos mecanismos para formulação, implementação e controle social das políticas. Contudo, o contexto de crise fiscal que o Brasil passava no momento trouxe dois movimentos à gestão pública e nas políticas públicas: a democratização com base em direitos e a busca pela eficiência na utilização dos recursos públicos.

Após a nova Constituição, a tendência de participação de novos atores na análise política foi reforçada. A criação de novos canais de participação, como conselhos gestores de políticas públicas, orçamento participativo, conferências setoriais, audiências públicas, entre outros, contribuiu para a diversificação do lócus da análise de políticas (FARAH, 2017, p. 971)

É válido destacar que espaços como conselhos participativos, conferências, audiências públicas e orçamento participativo são lugares que, de forma democrática, permitem a participação da população e a comunicação entre os vários setores da sociedade e as autoridades públicas, que recorrem ao conhecimento técnico e científico para criação, implementação, alterações e avaliação das políticas públicas.

Segundo Farah (2017), a descentralização foi outro eixo das alterações e modificações das políticas sociais. A descentralização transferiu aos municípios atribuições, competência e aumento da transferência de recursos para execução das políticas públicas.

A descentralização também transferiu aos municípios o papel de supervisionar e avaliar as ações que concretizam as políticas públicas. Ou seja, o papel de avaliar e supervisionar as práticas realizadas pelas comunidades terapêuticas está sob responsabilidade dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

A comunidade terapêutica que serviu como suporte empírico tem suas vagas financiadas pela esfera federal e municipal, no âmbito federal o órgão fiscalizador é a SENAPRED. No âmbito municipal, as vagas estão sob financiamento da política de assistência social e inscritas no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas, órgão responsável por supervisionar e avaliar as práticas das comunidades terapêuticas que prestam serviço para o município.

Percebemos, então, que as comunidades terapêuticas são instituições que, mesmo sem embasamento técnico e científico, recebem financiamento público e prestam atendimento à população dependente de substâncias psicoativas sob regulamentação Estatal, que consideram os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e direitos humanos, mas que na prática não são executados, gerando violações de direitos humanos, principalmente, por uma questão ideológica, de não concordância com os princípios da reforma.

Contudo, existem os órgãos competentes para avaliar tais práticas e cobrar alterações na forma de funcionamento ou até mesmo redirecionar financiamento público para outros atendimentos que tenham embasamento técnico e científico, como os CAPSs, por exemplo. Diante disso, cabe a seguinte análise: o distanciamento entre as práticas das comunidades terapêuticas com a reforma psiquiátrica tem sido de fato reconhecida nesses espaços? Se tem sido reconhecida, quais as alterações propostas? Considerando principalmente que as comunidades terapêuticas têm sido um dos serviços mais acessados e procurados para atendimento da demanda levantada pela dependência química.

Finalizando esta pesquisa apontamos que as políticas públicas são os principais instrumentos para materialização dos direitos sociais. Diante dos dados apresentados pelos conselhos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social percebemos no meio de escassez de recursos e disputas ideológicas, a importância da ação do Estado com embasamento científico, que evidenciem o melhor caminho para elaboração e execução de políticas voltadas ao tratamento à dependência química.

Pesquisas realizadas e documentos emitidos por esses conselhos demonstram que o financiamento público às comunidades terapêuticas não representa apenas um retrocesso à política de saúde mental, mas o espaço que o próprio Estado tem dado para investimento em um serviço que não possui validação científica de seus atendimentos, ressaltando ainda a fragilidade dentro dos Conselhos de direitos que entre outras competências, possui o papel de monitorar e fiscalizar a execução de políticas públicas, o que torna indispensável o posicionamento desses conselhos profissionais sobre o assunto, pois defendem e lutam pela materialização da reforma psiquiátrica a partir de dados científicos e históricos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir essa pesquisa, ficou claro que, mesmo considerando os pressupostos trazidos pela reforma psiquiátrica, as comunidades terapêuticas mantêm práticas em sua metodologia de atendimento que ferem os dispostos pela Lei 10.216/2001 e, por estarem assentadas no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, conflitam com saberes científicos, podendo ser comparadas ao modelo asilar de tratamento. Por estarem atreladas às práticas religiosas e morais, ainda que mantenham uma equipe técnica, as comunidades terapêuticas apresentam um modelo manicomial reatualizado.

Foi possível perceber ainda que os dependentes de substâncias psicoativas tendem a procurar por tratamento mais de uma vez na vida e ao realizar essa busca leva em consideração

a disponibilidade de atendimento. Sendo assim, é possível concluir que o repasse financeiro feito às comunidades terapêuticas, que poderiam ser repassados aos CAPSs, vêm aumentando a capacidade para acolhimento em CTs e diminuindo a capacidade e disponibilidade de atendimento nos CAPSs.

Nesse âmbito observa-se, além da disputa por financiamento, uma disputa ideológica que envolve diferentes atores sociais, que se relaciona com as divergências entre a política de redução de danos embasada pela reforma psiquiátrica e a abstinência, que, por sua vez, segue na contramão dos avanços alcançados pela política pública brasileira de saúde mental.

Contudo, a crítica ao modelo manicomial no Brasil, que aconteceu de forma tardia, atrelada à ausência do Estado, favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas e a falta de fiscalização e de cobrança de dados científicos, que comprovem a eficiência dos resultados apresentados por essas instituições, têm contribuído para a continuidade desta modalidade de atendimento à dependência química e de financiamento público.

Analisando as considerações dos conselhos profissionais aqui citados, conclui-se que a não inserção das comunidades terapêuticas na RAPS se justifica por práticas caracterizadas como desumanas, semelhantes às criticadas pela reforma psiquiátrica, e que a inclusão dessas instituições embasadas no modelo de abstinência, tem sido validada por discurso conservador e autoritário, levantando barreiras que a reforma psiquiátrica ao longo dos anos buscou reduzir.

Diante das análises, à luz das regulamentações, observa-se algumas distinções referentes às definições do que são comunidades terapêuticas. De acordo com a resolução 01/2015, as CTs são instituições que fazem acolhimento as pessoas com problemas associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, de apoio às demais políticas, mas não são consideradas como equipamento, nem da política de saúde e nem de assistência social. Entretanto, a RAPS cita as comunidades terapêuticas como serviço de saúde, diferentemente da lei sobre drogas, que as caracterizam apenas como acolhedora. De acordo com a RDC 29/2011, as instituições que executam procedimentos de saúde clínico devem observar normativas próprias da saúde.

Mesmo não tendo em normativas governamentais definições além das citadas acima, o CFM se posicionou explicando que possuem duas naturezas distintas de normativas que regulamentam a oferta de serviços no âmbito da dependência química em comunidades terapêuticas, quais sejam: comunidades terapêuticas de tratamento, portanto, médicas, fazem parte da RAPS e estão sujeitas às normas técnicas da ANVISA, regulação e fiscalização do CFM, e as comunidades terapêuticas acolhedoras, que são ambientes em que predominam como instrumento terapêutico a convivência entre os pares. Nesse segundo formato, elas são vinculadas à Política Nacional de Drogas e atuam de acordo com instruções do Conselho

Nacional de Políticas sobre Drogas, utilizando como instrumento terapêutico a convivência entre os pares e, em regra, não realizam a prática de atos médicos e tratamento.

Diante do modelo de acolhimento e atendimento apresentado pelas comunidades terapêuticas, os conselhos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social se manifestaram contrários à prática dessas instituições, assim como desautorizam o financiamento com dinheiro público e a inserção de suas categorias profissionais no trabalho no interior das comunidades, pois consideram tais práticas contrárias à reforma psiquiátrica.

Ao concluir esta pesquisa observamos, ainda, que a exclusão social, a moralização e espiritualização em torno dependência química que embasa o atendimento oferecido pelas comunidades terapêuticas tende a potencializar o estigma de marginalização e incapacidade do dependente químico em viver em sociedade.

Além disso, a simples retirada do sujeito da sociedade, atrelada ao acolhimento sem projeto terapêutico que atenda as diferentes singularidades do sujeito e equipe profissional capacitada, dificulta a inclusão social e contribui com uma política higienista, sem comprovação de eficácia dos resultados em relação ao modelo de atendimento prestado.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ANVISA. Coordenação de Serviços de Interesse para Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Nota técnica nº 02/2020**. ANVISA: 2020. Disponível em: < <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/NOTA+T%C3%89CNICA+CSIPS+S+OBRE+COMUNIDADES+TERAP%C3%8AUTCICAS+ACOLHEDORAS+vers%C3%A3o+final/f9c8ccad-fbf5-4baa-b098-52c0c56e14a6> > Acesso em: 20 agosto 2022.

BRASIL. **LEI FEDERAL nº 11.343 23 de agosto de 2006**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília. 23 de agosto de 2006 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 18 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 29**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília 30 de junho de 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html > Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html > Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816 de 30 de abril de 2002**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2002. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html > Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. **LEI FEDERAL nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União. Brasília, 06 de abril de 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. > Acesso em 15 abril 2022.

BRASIL. **LEI FEDERAL nº 13.480, de 5 de junho de 2019**. Diário Oficial da União: Brasília. 2019 < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. > Acesso em 15 fev 2023.

BRASIL. 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.

BOITEUX, L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **In: Revista internacional de direitos humanos**. v.12, n 21, ago. 2015. Disponível em: < https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/5_0.pdf > Acesso em 05 abril. 2022.

CARVALHO, J.C. **uma história política da criminalização das drogas no Brasil: A construção de uma política nacional.** UERJ. 2011. Disponível em: < https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/carvalho_histria_politica_criminalizao_drogas_brasil.pdf > Acesso em 01 abril. 2022.

COSTA, S. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. **In: Serviço Social em Revista.** UEL, vol. 11, n. 2, p. 1-14, jan/jun, 2009. Disponível em: < <file:///D:/Documentos/Downloads/COMUNIDADES%20TERAP%C3%8AUTICAS%20SELEMA%20FROSSARD.pdf> > Acesso em 04 abril. 2022.

CONAD. Ministério da Justiça. **Resolução n.01.** Diário Oficial República Federativa do Brasil: Brasília, 28 de maio de 2015. Disponível em: < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806 > Acesso em 19 de abril de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas:** contribuições do CFESS para o debate. Brasília: CFESS, 2014. Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf> > Acesso em: 20 abril 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas.** Brasília: CFP, 2018. Disponível em: < https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 20 abril 2022.

CONAEMS/COFEN. **Nota de repúdio à Resolução nº 3 de 2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). 2020.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-alerta-sobre-risco-de-retrocesso-na-politica-de-saude-mental_83702.html> Acesso em: 20 abril 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2057 de 20 de setembro de 2013.** Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília, 12 nov. 2013. Seção 1, pág 165-7.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2056 de 20 de setembro de 2013.** Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília, 12 nov. 2013. Seção 1, pág 162-3.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer técnico 09/2015.** Brasília, 26 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer técnico 08/2021.** Brasília, 29 jul. 2021.

CONNECTAS; CEBRAP. **Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** São Paulo: Conectas/CEBRAP. 2021. < <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf> > Acesso em 15 março 2023.

DIEST. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** Nota Técnica nº 21. Brasília: IPEA. 2017. < https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf > Acesso em 15 março 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Registro, 2004.

FARAH, M.F.S. Análise de Políticas Públicas no Brasil: De uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **In: Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro, 2017.

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

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho nacional de políticas sobre drogas. **Resolução 01/2015**. Brasília. Conselho Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf> Acesso em: 18 abril 2022.

ICICT/FIOCRU. **III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2017
<[file:///D:/Documentos/Downloads/III%20LNUD_PORTUGU%C3%8AS%20\(1\).pdf](file:///D:/Documentos/Downloads/III%20LNUD_PORTUGU%C3%8AS%20(1).pdf)>
Acesso em: 18 abril 2022.

PAIVA, L.G.M. Panorama Internacional das Políticas Sobre Drogas. **In. Boletim de Análise Político-Institucional**. n. 18, p. 99-106, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/6030-181206bapi18cap11.pdf>
>Acesso em 16 jul. 2023.

PONTES et al. Uma história da internação de ébrios, alcoolistas e vadios durante a Primeira República: lições para as políticas atuais? **In: Revista de psicologia**. UFRJ, vol. 27, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.cl/pdf/revpsicol/v27n2/0719-0581-revpsicol-27-2-00127.pdf>. > Acesso em 04 abril. 2022.

SCISLESKI, A; PACHECO, A. L. Vivências em uma comunidade terapêutica. **In. Revista Psicologia e Saúde**. vol.5, n.2, p. 165-173, 2013.

SANTOS, M, P, G. Comunidades terapêuticas: Unidades de privação de liberdade? **In. Boletim de análise político-institucional**. n. 10, jul.-dez 2016.

SANTOS, H. M. R. **Os Usuários De Drogas Ilícitas: Afinal, Quem São Os Criminalizados Por Drogas Em Maringá-Pr?**, Mestrado Profissional Em Políticas Públicas Escola De Governo Do Paraná Universidade Estadual De Maringá, Maringá – Pr, 2012.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

VIEIRA, C. A comunidade terapêutica: Da integração à reinserção. **In: Revista toxicodpendência**. v.13, n.3, p. 15-22. 2007. Disponível em: <

https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/46/2007_03_TXT2.pdf > Acesso em 15 abril. 2022.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **In: Loucura e Civilização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf> > Acesso em 10 de fev. 2023.