

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: EXPANSÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA SOCIAL

Fernando Balvedi Damas¹

RESUMO

Paralelamente à expansão do consumo de drogas de abuso no Brasil, tem se observado um aumento da oferta de serviços que propõem a recuperação do usuário. Historicamente relegadas ao segundo plano, as comunidades terapêuticas atualmente são consideradas ponto importante na atenção ao usuário de crack pelas políticas públicas vigentes. Este estudo faz uma análise descritiva das comunidades terapêuticas, aprofundando alguns aspectos sociais e de saúde pública, principalmente no que se refere à sua expansão, ao processo de institucionalização dos sujeitos e sua relevância social. O estudo buscou no referencial teórico informações relevantes e de evidência científica sobre as comunidades terapêuticas, assim como as legislações voltadas para estas instituições e para as substâncias entorpecentes. Procedeu-se uma análise situacional do panorama atual das comunidades terapêuticas correlacionando-se a base teórica com dados empíricos obtidos das políticas públicas vigentes e da observação participante do autor em algumas destas instituições. A expansão das comunidades terapêuticas parece acompanhar a epidemia do crack. As comunidades terapêuticas, apesar de serem responsáveis pelo tratamento de mais da metade das pessoas com transtornos mentais relacionadas ao uso de substâncias no Brasil, são pouco estudadas através de meios científicos. Dependendo do processo terapêutico, podem servir como dispositivos adequados ou mesmo iatrogênicos no enfrentamento a dependência química.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Institucionalização. Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, com a expansão do consumo de substâncias psicoativas, especialmente o crack e seus derivados, tem-se observado consequências nefastas a nível individual e coletivo devido aos problemas relacionados ao uso, abuso, dependência química, violência e tráfico.

O consumo de crack apresenta níveis considerados epidêmicos em Saúde Pública. A Organização Mundial da Saúde aponta o Brasil não somente como uma rota importante do tráfico de drogas, mas também uma das nações emergente aonde o consumo de cocaína e derivados (crack, merla, oxi) vem aumentando progressivamente. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). O Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), conduzido em 149 municípios do território nacional, envolvendo uma amostra de 4607 indivíduos a partir de 14 anos de idade, identificou que 4% da população adulta e 3%

¹ Médico psiquiatra. Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2005. Especialização em Psiquiatria pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) em 2008. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2011. Médico Psiquiatra da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Membro do grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina. E-mail: nandobd@gmail.com.

dos adolescentes já experimentaram alguma apresentação da cocaína na vida, e a prevalência de uso deste tipo de droga no último ano está em torno de 2% para todas as faixas etárias. Enquanto nos países mais desenvolvidos o uso de cocaína e derivados vem se reduzindo, o Brasil representa 20% do consumo mundial de cocaína, e é o maior mercado de crack do mundo (INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Ao nível individual, um estudo de coorte nacional, realizado entre 1992 e 2006 com originalmente 131 dependentes ao crack, demonstra claramente a evolução natural desta dependência química. Ao final do estudo, perdeu-se o seguimento com 24 indivíduos. Dos 107 (81,6%) identificados, 27 (20,6%) haviam falecido; dois (1,5%) estavam desaparecidos; e 13 (10%) estavam presos. Dos 65 (49,6%) restantes, 43 (32,8%) estavam abstinentes e 22 (16,8%) mantinham-se usuários. Dos que foram a óbito, 59% morreram de forma violenta (homicídios), sendo a Aids segunda maior causa de óbito, com 22%. (DIAS; ARAUJO; LARANJEIRA, 2011).

Estrategicamente, as ações estratégicas do governo para reduzir as consequências do uso de entorpecentes estão vinculadas, basicamente, em ações de segurança pública, no combate ao tráfico e redução da oferta; ações em saúde e assistência social, na recuperação dos indivíduos com transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso; e ações em educação e informação, focadas na prevenção do uso (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

No que tange à recuperação dos dependentes químicos, é possível enumerar uma rede considerável de serviços à disposição da população para a assistência integral. Por exemplo, podem-se citar: os dispositivos vinculados ao Sistema Único de Saúde (hospitais, CAPS, NASF, ESF², etc.); serviços vinculados à rede de atenção em assistência social (CRAS, CREAS³); órgãos do Poder Judiciário (Delegacias, Ministério Público, Juizados, etc.); instituições religiosas e filantrópicas (AA, NA⁴); serviços privados (clínicas e ambulatórios especializados); e as Comunidades Terapêuticas (CT).

Nestas circunstâncias, não é nenhuma surpresa que em paralelo à epidemia do crack tem ocorrido um alargamento dos serviços voltados aos indivíduos envolvidos com a substância. Este artigo visa fazer uma análise descritiva das CT do ponto de vista histórico,

² CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Estratégia de Saúde da Família.

³ CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

⁴ AA: Alcoólicos Anônimos; NA: Narcóticos Anônimos.

sociológico e de saúde coletiva, buscando demonstrar a relevância destas instituições no enfrentamento ao problema da drogadição.

A metodologia empregada consiste de uma leitura do problema atual das drogas, em especial o crack, e do papel das CT sob o método científico da Saúde Pública e Coletiva. Buscou-se o embasamento teórico através de referências científicas e literárias sobre drogas, sobre as comunidades terapêuticas e o conceito de institucionalização dos sujeitos; e também sobre as legislações voltadas às CT e para o combate as drogas. O objeto do estudo, que são as CT, foi analisado sob a ótica fenomenológica e histórico-social, buscando-se revelar o panorama atual destas instituições, e o seu correlacionamento com a política pública nacional sobre drogas. O autor coloca-se na situação de pesquisador-participante, ao passo que presta serviços voluntários em uma CT e já tem visitado outras instituições. Serão alvo de análise o processo de expansão das CT, sua estrutura institucional e proposta terapêutica, demonstrando nelas características de uma instituição total, e, por fim, sua relevância social.

A análise, portanto, será conduzida em três eixos. Inicialmente, em “Expansão” serão apresentadas as definições e conceitos de CT assim como um breve histórico. Em “Institucionalização”, é feita uma análise das rotinas internas e do processo da institucionalização dos sujeitos. Em “Relevância Social”, demonstra-se o papel que a CT pode desempenhar em termos de Saúde Pública, dentro da Política Nacional sobre Drogas.

2 EXPANSÃO

Historicamente, as comunidades terapêuticas (“*therapeutic community*”) surgiram na década de 1950, com o propósito de tratamento da neurose de guerra em soldados ingleses, a partir das observações clínicas do psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones. A base terapêutica era centrada em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de um ambiente pautado por normas de convivência em grupo (JONES, 1953). Posteriormente, o modelo foi sendo ampliado para outras patologias, principalmente a dependência química, baseando-se no pensamento de que estes pacientes haviam fracassado em sua vida em sociedade. Deste modo, precisariam construir um padrão de relacionamento nunca adquirido durante a vida, mas que um ambiente grupal, seguro e terapêutico poderia estimular (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente

voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960, sendo possível distinguir basicamente dois modelos:

- a) Modelo de Minnesota: trata-se da “versão institucional” dos Alcoólicos Anônimos (AA), com essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos doze passos. O tratamento em regime fechado poderia variar de 28 dias a vários meses, e buscava a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior;
- b) Modelo Synanon: proposta por Charles Dederich, um ex-alcoólatra, tem essência predominantemente analítica. Prescrevia que o comportamento desviado do dependente químico só poderia ser corrigido por novas formas de convívio e métodos terapêuticos. Propunha, além de um modelo comunitário, um novo lar, uma nova sociedade para os dependentes químicos e seus familiares que quisessem acompanhá-los. Apesar de basear-se em parte dos preceitos do AA, não estimulava a entrega da confiança a um ser superior, mas sim na autoconfiança do indivíduo. Muitas vezes utilizava recursos como a humilhação e a atribuição de culpa, sendo o trabalho (laborterapia) um dos pilares deste método (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens.

Há comunidades terapêuticas especializadas em determinado tipo de dependência, enquanto outras são focadas a grupos específicos (adolescentes, mulheres, etc.). Porém, há algumas características que unem as diversas CT espalhadas no Brasil. Em primeiro lugar, inexistem empregados para execução de serviços assistenciais (limpeza, alimentação, manutenção, etc.). Nas CT, o processo terapêutico é pautado no rigor do cumprimento das normas internas e nas relações interpessoais ali dentro desenvolvidas – o “paciente” tem papel mais ativo, e seus “terapeutas” são representados por outros indivíduos internos, com maior conhecimento da patologia.

O modelo institucional das CT tem muito de sua base terapêutica firmada nos contatos afetivos que oferece e na oportunidade de resignificar códigos de relacionamentos e objetivos

de vida, podendo, através da influência de grupo, modificar aspectos de caráter e personalidade do indivíduo. Por isso, tornam-se um método de escolha para adolescentes infratores e dependentes químicos. Uma boa CT pode ser definida como uma estrutura que guarda coesão interna, em que todos os objetivos e acontecimentos cotidianos estão harmonicamente dirigidos, em suas possibilidades, para um fim terapêutico – modificação do papel que o indivíduo representa dentro do seu contexto social (BAPTISTA NETO, 2006). Em geral, o objetivo final das CT é a ressocialização. Podem ser descritas quatro dimensões comportamentais que são operadas para que alcance o objetivo almejado:

- a) Desenvolvimento individual, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras e melhores habilidades para lidar com a emoção e a construção da identidade;
- b) Mudança de aspectos subjetivos do comportamento, relacionada a experiências e percepções do indivíduo quanto às circunstâncias externas que fomentam o consumo de drogas, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica da mudança obtida ao longo do processo;
- c) Incorporação de princípios comportamentais e sociais, como a auto-eficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e
- d) Integração social, possível apenas se pautada pela cooperação, pela conformidade e pelo comprometimento (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Embora não exista um consenso de qual seria o público alvo mais indicado para internação em CT, na prática os pacientes que mais buscam este tratamento são aqueles que apresentam um padrão mais grave de dependência química e/ou associados a problemas de ordem social, entre eles: pobreza; menor grau de instrução; subemprego, desemprego ou baixa qualificação profissional; problemas comunitários e familiares; problemas com a justiça; baixo acesso a programas terapêuticos; etc.

No Brasil, as CT foram gradativamente assumindo esquemas teóricos e padrões das ideias originais. Muitas CT passaram a ter profissionais especializados, médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc., que foram incluindo novas técnicas ao repertório terapêutico. Mas o que difere as CT das outras formas e ambientes de tratamento é a abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual. Enquanto existem instituições com bom padrão de serviços e organização, noutras predominam aspectos negativos, como por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho sob a égide do conceito da “laborterapia”, a gestão por grupos focados no lucro ou por indivíduos com mentes pouco sadias.

Embora as CT tenham crescido vertiginosamente, existem poucas evidências científicas sobre a eficácia e modo de operação destes dispositivos. Estima-se que em algumas regiões do Brasil, até 80% das pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias realizem tratamento em CT. Porém, até mesmo estudos internacionais são escassos. Uma revisão sistemática recente sobre o tema encontrou poucos estudos relevantes, e, mesmos estes, com sérias limitações metodológicas. Conclui-se que ainda não há evidência científica suficiente que apoie uma superioridade do método das CT em relação a outras formas de tratamento, exceto se comparado a modelos carcerários (FIESTAS; PONCE, 2012).

3 INSTITUCIONALIZAÇÃO

Não se pretende aqui realizar uma discussão sobre as motivações individuais para a abstinência dos tóxicos, mas sobre outros aspectos psicossociais relacionados ao tratamento fechado dentro de uma CT. Inicialmente, observa-se que é inevitável a ocorrência de alguma reação relacionada ao “choque cultural” quando um indivíduo adentra uma CT. Acostumado com seu próprio sistema cultural e de valores, cedo ou tarde, desenvolverá reações internas, com diferentes graus de atuações externas. Se, por um lado, o dependente químico alcançou um grau de dependência que necessite o isolamento prolongado do convívio em sociedade num ambiente protegido, o que se observa é que, na grande maioria dos casos, as primeiras internações são curtas – diz-se que “não está preparado para o tratamento”.

A despreparação pode significar não somente a falta de motivação para o tratamento, mas uma dificuldade de assimilação e convívio na nova sociedade – formada por indivíduos, sim, diferentes – mas que se assemelham na questão da dependência química, e regidos por diferentes normas da sociedade de fora. Percebe-se como reação psicológica inicial mais comumente a resistência e negação. Muitos autores indicam que, antes da internação em uma CT, o indivíduo passe por uma boa avaliação interdisciplinar, de profissionais de saúde.

Normalmente, passados as primeiras semanas mais críticas de ambientação, o indivíduo tende a aceitar a situação de interno. Pode-se dizer que, desde sua chegada à CT, quanto mais tempo ele consegue suportar os conflitos internos e externos, maiores as chances de que consiga “completar” o tratamento. Tratamento que, normalmente é proposto por nove meses, compreendendo três fases: a) desintoxicação; b) interiorização; c) ressocialização, cada qual com três meses de duração. Algumas CT estimulam um procedimento também dito “ressocialização”, que consiste em saídas programadas por um final de semana ou alguns dias, geralmente em duas ocasiões, nos períodos de transição das fases do tratamento.

As CT mostram características de instituições fechadas, a partir do momento que segregam um grande número de indivíduos, todos com situação semelhante, por um período considerável de tempo. Mesmo que seja virtual, existe uma “barreira” entre o mundo interno das CT e o mundo externo. Assim como nas demais instituições totais, nas CT, os principais aspectos da vida dos indivíduos - trabalhar, dormir, brincar e fazer suas refeições – ocorrem no interior da instituição, não havendo separações destas esferas da vida, e sob uma única autoridade (GOFFMAN, 2001).

Portanto, a segregação e a rotina rígida de atividades são características básicas que mais assemelham as CT a uma instituição total. Por exemplo, cada atividade diária é pré-estabelecida em uma rotina de horários e com tempo predeterminado, pois uma atividade leva à seguinte, e toda sequência de atividades é imposta por um sistema de regras. Estas atividades são realizadas na companhia imediata de um grupo grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto, sob a supervisão/vigilância de um grupo de funcionários (GOFFMAN, 2001).

Nas instituições totais existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado – o grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisão, e o trabalho tem diferentes significações e atitudes para cada grupo. Existe uma incompatibilidade entre as instituições totais e a estrutura básica de pagamento pelo trabalho da sociedade. Há outros incentivos para o trabalho (laborterapia) realizado nas CT, e ele não pode ser remunerado. Por outro lado, atividades de lazer são raras nas CT; normalmente, o que há é apenas muito trabalho para ser realizado. Assim, não há motivo para fazê-lo de forma rápida – é preciso gastar o maior tempo possível nele, pois depois deste trabalho só haverá outro (GOFFMAN, 2001).

Nas instituições totais, a concepção individual do “eu” (“*self*”) é sistematicamente modificada através de mudanças que ocorrem no sistema de crenças que o indivíduo tem ao seu próprio respeito e ao respeito dos outros. Este processo é relativamente padronizado nas instituições totais. Em geral, a primeira ameaça à modificação ao *self* ocorre com a barreira entre o interno e o mundo externo. E progride com a proibição de visitas, saídas do estabelecimento, participação automática na sequência de atividades internas, ocasionando uma ruptura profunda com os papéis anteriores à internação (GOFFMAN, 2001).

No caso das toxicomanias, é lógico que muitas atividades, comportamentos e papéis sociais devem ser restritos com a admissão dentro da instituição, já que elas visam a recuperação através da modificação do sistema individual relacionado à toxicomania. Isto implicaria num projeto terapêutico singular, ou seja, em um programa bem organizado de ressocialização, individualizado para cada interno. Entretanto, tem se observado que o

isolamento social dos internos pode significar a perda de outros vínculos e papéis sociais do interno, por exemplo, relações interpessoais e vínculos de trabalho valiosos, importantes para o processo de recuperação. Alguns podem ser restabelecidos – de fato, muitas vezes, essa é a motivação para a internação, como p. ex. o marido que foi deixado pela esposa por causa da dependência química. Entretanto, há perdas que são irrecuperáveis – além das já citadas relações interpessoais e vínculos de trabalho, também as perdas financeiras, o fracasso educacional e profissional, a estigmatização, entre outras coisas. Sem querer aprofundar no mérito da questão, a interdição legal do indivíduo, muitas vezes, consequência de grave dependência química, representa a sua morte civil.

Embora não haja um consenso, há evidências de que o tempo de permanência numa CT deva ser maior para indivíduos com comorbidades e padrões mais graves de consumo. Goffman (2001) afirmava que as instituições totais servem como “estufas” para mudar e experimentar as pessoas, ocasionando a mudança de esquemas culturais do indivíduo, principalmente pelo afastamento de oportunidades e distanciamento de mudanças sociais do mundo exterior. Quando a estada do internado prolonga-se, pode tornar o indivíduo temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária. As instituições totais não procuram uma vitória cultural – na realidade, o internado sonha com o “estar fora”. Este tipo de tensão culminaria numa estratégia para o controle dos internos nas instituições totais.

Uma análise antropológica das CT demonstra uma estrutura social de laços e vínculos afetivos, com virtudes e defeitos de outros sistemas sociais. Observam-se fenômenos culturais como a aculturação e assimilação. Desta forma, as CT formam um grupo social, diferenciado de outros grupos coletivos por suas formas culturais, costumes, estilos de vida. Os membros do grupo se reconhecem e se identificam em seu status social, e compartilham uma história comum que se reconhecem mutuamente através dos elementos destas histórias (FERNÁNDEZ, 2011).

A assimilação é o oposto da pluralidade cultural. Assim, identifica-se outro fator envolvido na institucionalização dos sujeitos, que está no reconhecimento de uma identidade, no caso, dependentes químicos, ou adictos. Ao assumirem integralmente esta, como a única identidade existente, tornam-se fundamentalistas – e o fundamentalismo em si já é uma forma de instituição total. A instituição total:

Teme a diversidade, não tolera a diferença, teme o estranho e o estrangeiro, teme a corporificação, a sexualidade, a produção de sentido porque simplesmente a instituição deve empregar as suas energias para auto-reproduzir-se. (SARACENO, 2011, p. 97).

Muitos daqueles que adentram a uma comunidade terapêutica podem ser comparados aos “*sans papier*” (“sem papéis”) – termo cunhado na França e usado para definir indivíduos que não portam documentos, que migram de outros países, chegam clandestinamente e trabalham clandestinamente até serem descobertos (SARACENO, 2011). Em geral, aquele que adentra a uma CT foi motivado por alguma situação de risco emergente, devido grave dependência química. Comumente não porta documentos – muitas vezes, o documento foi “empenhado” ao traficante, como garantia de que irá retornar para pagar a dívida. A CT pode representar a oportunidade da reaquisição do papel civil do sujeito – gradativamente, ganha oportunidade de reaver documentos, ganhando direitos tais como, ser atendido na rede de saúde local, pleitear benefício assistencial e previdenciário, etc. Ainda assim, por melhor que seja o ambiente da CT, é sempre um ambiente artificial – separado do mundo social do paciente. A CT:

Mantém a lógica da intolerância social e da discriminação dos diferentes. Não rompe com a demarcação de espaços para a sanidade e a loucura. Não age no meio social para modificar o sistema da projeção sobre o bode expiatório. Não aborda a questão do sofrimento no seu aspecto coletivo. Se o sofrimento psíquico está vinculado à vida em sociedade, é dentro deste palco real que ele precisará ser abordado (SERRANO, 1985, p. 68).

Ou seja, na sua maioria, as CT fazem-se ilhas isoladas do resto do mundo, nos quais os conflitos da sociedade são esquecidos. Muitas delas o acesso a meios de comunicação em massa são restritos. Em vez de discutir os conflitos reais, aborda-se apenas o mundo inconsciente, o que significa a troca da negação cotidiano do inconsciente pela negação comunitária do consciente e da realidade. Muitas vezes, acaba por cair no “psicanalismo” – exageros da psicodinâmica – no qual comportamentos e regras de convivência ficam totalmente ligados a interpretações. E, interpretar e verbalizar permanentemente as ações das pessoas fora de um contexto psicanalítico significa o policiamento da vida. (SERRANO, 1985).

As instituições totais descritas por Goffman (2001) são incompatíveis como um elemento central da sociedade – a família. Nestes locais, para o grupo da equipe dirigente, manter família fora das instituições sociais, muitas vezes, permite que estes continuem integrados na comunidade externa e escapem da tendência dominadora da instituição total. Eis uma característica que pode ser um grande diferencial das CT. O indivíduo que ali adentra geralmente já perdeu ou está prestes a perder os laços familiares. A manutenção da

dissociação familiar é crucial para a institucionalização dos dependentes químicos em CT. Nas instituições com maior grau de organização, existem programas voltados para a assistência familiar, visando a reintegração do indivíduo no núcleo familiar. Entretanto, supõe-se que esta proposta não seja rotineira na maioria das CT. O que se tem observado na realidade, é que grande parte dos dependentes químicos, tendo ou não “completado” o seu tratamento, ao retornarem à sociedade, rapidamente recaem no uso de substâncias. Muitos indivíduos passam a maior parte de suas vidas dentro de CT do que fora delas. E, de fato, se tornaram incapazes de retornar a sociedade.

Nestes casos, pode-se implicar que o processo de aculturação à CT e institucionalização mostra-se tão intenso que impede o retorno do indivíduo à sociedade. O *self* individual é identificado com a cultura da CT, e não mais com qualquer outra de fora. As tentativas de retorno à sociedade tendem a ser fracassadas – representadas pela “recaída” – o que reforça cada vez mais a institucionalização. O próprio indivíduo pode boicotar precocemente sua abstinência, negando-se a buscar serviços ambulatoriais, retornando ao uso de drogas às menores dificuldades e fracassos, ou mesmo utilizando-as de forma aleatória, como uma justificativa para o retorno ao ambiente seguro da CT.

Outro fator a ser considerado no Brasil, é que as CT, em geral, localizam-se em zonas rurais, longe de aglomerados urbanos. De fato, o uso de cocaína e derivados é quase três vezes maior em áreas urbanas do que em áreas rurais (INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Historicamente, desde a Revolução Industrial, a população paulatinamente vem se concentrando nas cidades e se distanciando do meio rural. No Terceiro Mundo, o processo de modernização e importação de uma cultura estranha faz surgirem novos problemas, ao mesmo tempo em que o povo deixa suas tradições amenizadoras dos conflitos. O homem do campo, ao migrar para cidade, não conta mais com o mesmo suporte cultural e de relações interpessoais, mas depara-se com um ambiente competitivo, carente de solidariedade. As dificuldades deterioram o sistema familiar, que perdem seus valores culturais, e predispõe os sujeitos à delinquência, prostituição e uso de drogas. Uma vez em uma CT, o interno sob o rótulo de “dependente químico” passa a encontrar-se e reencontrar-se com o meio rural, com o plantio de alimentos, com a lida de animais domésticos, etc.

Do ponto de vista social-demográfico, a epidemia do crack e a expansão dos sítios terapêuticos podem caracterizar um movimento inverso, um “êxodo urbano”. E realmente, como já mencionado, muitos indivíduos passam a preferir continuar vivendo dentro da CT a retornar à sociedade. Em muitas análises psicossociais, os dependentes químicos são

entendidos como indivíduos incapazes de conviver com as pressões da sociedade moderna, com sua rotina do “*stress*” e suas “tecnologias digitais”, para citar outras motivações deste fluxo ao meio rural.

Para finalizar a análise da institucionalização, espera-se deixar claro que o processo de crítica às instituições não tem sido somente um processo de destruição do escândalo manicomial, mas sim um processo de reconstrução do sujeito que estava dentro da instituição. Em se tratando da desinstitucionalização:

O processo chave é o da reconstrução histórica dos internados, a reapropriação de seu passado e presente, a reapropriação do sentido que cada um deles produziu em sua vida, apesar do notável esforço que a instituição faz em matar cada sentido individual, em aniquilar cada diferença, em construir uma falsa identidade coletiva. (SARACENO, 2011, p. 97).

Portanto, é necessário fazer o percurso ao inverso: reaquisição de poder, desinstitucionalização das identidades fictícias (“adicto”, “dependente químico”), reconstrução da história do indivíduo, de seus espaços e tempos para a expressão saudável dos seus sentidos.

3 RELEVÂNCIA SOCIAL

No Brasil, o uso de crack tende a ser estimulado pela sua disponibilidade, e preço acessível, além da facilidade de transporte e uso da substância. Conforme já mencionado, o Brasil é o segundo país do mundo em consumo de crack, atrás apenas dos Estados Unidos. Embora não se propõe aqui aprofundar sobre o tipo de associação existente entre a situação social e a dependência ao crack, diversos estudos já apontaram que os indivíduos que fazem uso desta substância são os provenientes das classes sociais mais baixas, desempregados, com baixa qualificação profissional e acadêmica, provenientes de famílias desestruturadas, com antecedente de uso de drogas injetáveis e comportamento sexual de risco (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

O que se observado na prática é que estes indivíduos, socialmente desfavorecidos, e com grave dependência química ao crack, e, em segundo lugar, ao álcool, acabam formando a população de internos das CT. Embora os CAPS gerais e os CAPS especializados (CAPSad⁵), ainda que estimulados para ampliarem sua importância na rede psicossocial, apresentam

⁵ Centro de Atenção Psicossocial especializado para álcool e outras drogas.

muitas dificuldades para o tratamento desta população, principalmente em casos mais severos de dependência química, nos quais se indica internação hospitalar e tratamento em regime fechado. Tais indivíduos não dispõem de recursos financeiros para o custoso tratamento em clínicas privadas. É onde começa a romaria.

Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais ainda não são realidade para a maior parte do território nacional. Os hospitais psiquiátricos especializados e públicos tornam-se, cada vez mais, sucateados, devido à falta de apoio político e incentivo financeiro. Em geral, a média de leitos psiquiátricos no Brasil, é de 0,25 leitos para mil habitantes (KILSZTAJN et al, 2008), porém com grandes variações regionais. Este número mostra-se absurdamente insignificante, quando comparado a taxa de países de primeiro mundo, como p. ex., Estados Unidos e Canadá (2,7 leitos/mil hab.), Reino Unido (2,6 leitos/mil hab.) e Espanha (2,5 leitos/mil hab.), Portugal (2,8 leitos/mil hab.) e Holanda (3,0 leitos/mil hab.)⁶ (SÃO PAULO, 2011). Na realidade, as políticas atuais de reforma nos serviços da saúde mental visam particularmente a redução progressiva de leitos psiquiátricos. Tal situação desfavorece qualquer indivíduo motivado para o tratamento, e, infelizmente, ainda se gasta energia e recursos com o discurso da internação compulsória.

Realisticamente, a solução mais acessível para o tratamento da maioria dos brasileiros acometidos pelas drogas estão nas CT. De fato, as políticas atuais de enfrentamento as drogas, especialmente o plano “Crack – é possível vencer”, considera a importância deste dispositivo (BRASIL, 2013). A estratégia, portanto, consiste no financiamento de leitos em CT que disponham de uma boa infra-estrutura física e de recursos humanos, que esteja de acordo com as normas vigentes da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2011). Que estejam apoiadas por uma rede de saúde pública dentro do SUS, isto é, com uma equipe da ESF e hospital de referência, e, idealmente, com um CAPSad para acompanhamento do projeto terapêutico individual e gerenciamento dos casos.

Embora pouco se tenha estudado do papel dos ex-usuários nas CT, na prática são estes indivíduos que mantêm estas instituições. Portanto, é sempre indicado que eles estejam em capacitação contínua, não obstante, os profissionais de saúde mental também devem estar capacitados. Uma das ameaças a existência da CT seja a doença dos “terapeutas”, compreendendo-se aqui, os técnicos em saúde mental, monitores, dirigentes, etc. Não se pode ignorar que lugares como as CT atraem personalidades anômalas que encontram aí espaço para exercitarem seu sadismo e suas perversões e tem-se observado que o modelo

⁶ Taxas referentes ao ano 2007.

democrático das CT nem sempre é cumprido. Portanto, além da necessidade de treinamento específico, também se faz necessário que os integrantes da equipe não apresentem psicopatologia visível, que tenham sido submetidos a alguma forma de autoconhecimento – por exemplo, psicoterapia, e que gostem do trabalho realizado numa CT – no caso, com dependentes químicos (BAPTISTA NETO, 2006).

Outros dois obstáculos ao bom funcionamento das CT, também devem ser observados. O primeiro diz respeito aos interesses financeiros e a busca de lucro, quando estes se mostram acima da motivação e do comprometimento de fazer um bom trabalho. Do lado oposto, outro obstáculo ocorre quando o desinteresse dos poderes públicos boicota o surgimento e desenvolvimento de um trabalho inovador (SERRANO, 1985).

Em suma, constata-se que, paralelamente à política atual de fechamento de leitos psiquiátricos, existe uma política pública de incentivo aos leitos em comunidades terapêuticas, que merecem atenção, devido a grande relevância do problema das drogas na atualidade.

7 CONCLUSÕES

Com o crescimento do consumo do crack no Brasil, os serviços voltados aos indivíduos envolvidos com a substância precisam ser ampliados. Supõe-se que, devido à disponibilidade insuficiente de dispositivos vinculados ao SUS (principalmente leitos hospitalares e serviços de CAPSad organizados), as CT têm-se mostrado uma expansão maior, sendo responsável pelo tratamento de mais da metade dos usuários, podendo chegar a 80% em algumas regiões. Portanto, negar a existência das CT como dispositivos largamente utilizados em nosso meio para a atenção aos dependentes químicos seria ainda mais grave que apenas defendê-las ou aprová-las radicalmente.

A proposta terapêutica das CT pode ser bastante interessante. Porém, para que o tratamento seja eficaz, é necessário alguns aspectos merecem ser observado, começando pela correta indicação de internação por profissionais de saúde capacitados. No caso do tratamento das toxicomanias, pode ser a estratégia mais importante nas fases mais graves da dependência química, ou, ainda, pode ser a única alternativa para os indivíduos em grave situação social. Observar os obstáculos para seu bom funcionamento deve ser um exercício contínuo não somente para os profissionais que ali atuam, mas também para os órgãos de vigilância e pela sociedade como um todo.

Nem toda CT pode ser comparada ao sistema manicomial. Da mesma forma, nem toda CT é uma instituição total – a própria dependência química, por si só, já cria rótulos,

preconceitos e estigmas. Neste sentido, outras estratégias devem ser desenvolvidas, em nível de educação social. Embora seja utópico buscar uma sociedade livre das drogas, é possível buscar uma organização de serviços de atenção integral à saúde e assistência dos dependentes químicos. Critica-se o radicalismo das ações “higienicistas”, que buscam apenas limpar as ruas tirando os toxicômanos das vistas da sociedade.

Na situação atual, de precariedade de leitos psiquiátricos públicos, as CT mostram-se como importantes peças dentro da rede de atenção psicossocial. Entretanto, faltam ainda estudos acerca deste dispositivo no Brasil. Mesmo estudos internacionais são escassos, e, com diversas falhas metodológicas. É importante estimular a criação de instrumentos capazes de mensurar a qualidade dos serviços prestados. Infere-se que o sucesso de uma CT está baseado na proporção em que ela possa oferecer uma opção de tratamento para as pessoas com transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao uso de substâncias, e que grande parte destes pacientes que por ali passarem obtenha benefícios e redução de danos na sua caminhada rumo à abstinência.

THERAPEUTIC COMMUNITIES IN BRAZIL: EXPANSION, INSTITUTIONALIZATION AND SOCIAL RELEVANCE

ABSTRACT

At the same time that occur the expansion of drug abuse in Brazil, it has been seen an increase in the offering of services to treatment and recovery. Historically relegated to the background, the therapeutic communities are currently considered important point to focus on crack users by present public policies. This study is a descriptive analysis of therapeutic communities, concerning some social and public health aspects, especially with regard to its expansion, the process of institutionalizing and its social relevance. The study sought as theoretical basis on literary and scientific data about de therapeutic communities, as well as legislations aimed to these institutions and for narcotics. It was carried out a situational analysis of current panorama of the therapeutic communities, correlating the theoretical basis with empirical data from the present policies and from the participant observation of the author in some of these institutions. The expansion of therapeutic communities seems to follow the crack epidemic. Therapeutic communities, despite being responsible for processing more than half of people with mental disorders related to substance use in Brazil, are not well studied by scientific means. Depending on the therapeutic process, may serve as suitable devices or even iatrogenic services in the treatment of drug addiction.

Key-words: Therapeutic community. Substance-related disorders. Institutionalization. Public. health.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA NETO, F. **Somos todos criminosos e desonestos?** Um estudo sobre a delinquência. Florianópolis: Insular, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de ago. 2011a.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília, 2011b.
- BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política Contra Drogas. **Crack, é possível vencer: compromisso de todos**. Brasília, 2012.
- DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack e coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, out. 2011.
- DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil do usuário de cocaína e crack no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 547-557, 2008.
- FERNÁNDEZ, A. J. M. El método de comunidad terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. **Revista Adicción y Ciencia**, Sevilla, v. 1, n. 4, 2, p. 1-13, 2011.
- FIESTAS, F.; PONCE, J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, Lima, v. 29, n. 1, p. 12-20, mar. 2012.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- LARANJEIRA, R. O uso de cocaína e crack no Brasil. In: LEVANTAMENTO NACIONAL DE ALCOOL E DROGAS, 2., 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: INPAD, 2012.
- JONES, Maxwell. **The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry**. New York: New York Basic Books Inc, 1953.
- KILSZTAJN, S. et al . Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2354-2362, out. 2008.
- RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Produção e Divulgação Científica. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Rede hospitalar no estado de São Paulo: mapear para regular**. São Paulo: SES/SP, 2011.
- SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio./ago., 2011.
- SERRANO, A. Í. **O que é psiquiatria alternativa?** 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world drug report**. Geneva: World Health Organization, 2012.

Submetido em: 14/01/2013
Aceito para publicação em: 22/02/2013