

Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo

Therapeutic Communities in new asylum settings

Daniele de Andrade Ferrazza, Raphael Rodrigues Sanches, Luiz Carlos da Rocha, José Sterza Justo

Resumo

Ainda que pesem insuficiências evidentes, é possível perceber que a Política Nacional de Saúde Mental propõe claramente a superação da velha concepção manicomialista, que marcou durante séculos o atendimento à população. Entretanto, a expansão de internações em comunidades terapêuticas destinadas ao tratamento das dependências químicas pode ser considerada um retrocesso na luta antimanicomial brasileira. O presente trabalho tem o objetivo de estudar, a partir de um ponto de vista de inspiração genealógica, as internações nas comunidades terapêuticas, com especial atenção as suas relações com a história do aprisionamento manicomial e controle biopolítico populacional. Assim, paradoxal ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, as internações nas comunidades terapêuticas, que seguem a lógica proibicionista e concepções moralizantes, têm se mostrado como uma das principais estratégias biopolíticas de exclusão, segregação e higienização para ordenação e controle de concentrações urbanas.

Palavras-chave

Reforma Psiquiátrica, Comunidades terapêuticas, Dependências químicas.

Abstract

Even with insufficient evidence, it is possible to realize that the National Politics on Mental Health clearly proposes overcoming an old asylum design that it was marked for centuries the service to the population. However, the expansion of hospitalizations in therapeutic communities for the treatment of chemical dependencies can be considered a step back in Brazilian anti-asylum fight. This present paper aims to study from a standpoint of genealogical inspiration, the hospitalizations in therapeutic communities with special attention to its relations with the history of asylum imprisonment and population biopolitics control. Thus, in opposition to the Movement of Psychiatric Reform, the hospitalization in therapeutic communities, which follow the prohibitionist logic and moralizing conceptions, have been shown like a major biopolitics strategies of exclusion, segregation and sanitation for the assortment and control of urban concentrations.

Keywords

Psychiatric reform, Therapeutic Communities, Chemical dependencies.

Daniele de A. Ferrazza

Universidade Estadual de Maringá

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutora e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, campus Assis-SP.

daniele ferrazza@yahoo.com.br

Raphael R. Sanches

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis

Doutorando e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, campus Assis-SP.

sanchespsi@yahoo.com.br

Luiz Carlos da Rocha

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis

Professor do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, campus Assis-SP. Doutor e mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP).

lrocha@assis.unesp.br

José Sterza Justo

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis

Professor Livre-Docente do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, campus Assis-SP.

sterzajusto@yahoo.com.br

Introdução

Fundadas na cooperação interdisciplinar, as novas concepções que operam a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira valorizam uma atenção ao sofrimento psíquico que supera em muito o mero enquadramento da nosologia psicopatológica e procura constituir estratégias de atendimento mais atentas e sensíveis às múltiplas formas de sofrimento característicos da pluralidade da existência humana. Em linhas gerais, essas concepções apresentam-se como uma superação do paradigma da psiquiatria biologicista e do modelo de atenção manicomial.

Tal proposta de superação não se ancora apenas em razões técnico-científicas. Não se trata somente de lutar contra a ineficácia dos modelos tradicionais de atenção ao sofrimento psíquico, mas sobretudo de combater a violência, a exclusão, o desrespeito aos direitos humanos inerentes às instituições manicomiais, extinguindo-as. É nesse sentido que a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos (ao lado da construção de aparelhos substitutivos, como os CAPS) constitui-se em um indicador central do sucesso da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, é mister notar que nos últimos 30 anos, paralelamente ao fechamento de mais de 80 mil leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2015), houve a manutenção de grandes hospitais psiquiátricos (GARCIA, 2012) e, sobretudo, o crescimento alarmante de um tipo de instituição de internamento destinada ao atendimento de pacientes vinculados ao drama das toxicomanias, denominadas de “comunidades terapêuticas” (RIBEIRO; MINAYO, 2015; MEDEIROS, 2014; MONCAU, 2012). Aquelas são instituições não governamentais, criadas por iniciativas da sociedade civil, muitas vezes administradas por grupos religiosos e que se apresentam como uma “nova” alternativa para tratar o problema da dependência química (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Dados publicados recentemente mostram estimativas de mais de três mil comunidades terapêuticas no Brasil, cujo atendimento abrangeria aproximadamente 80% da população considerada dependente de substâncias psicoativas (PERRONE, 2014; MONCAU, 2012).

A força das comunidades terapêuticas pode ser atestada pela mudança nas diretrizes das políticas públicas de saúde sobre drogas, com o lançamento do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas” (BRASIL, 2012). Nessa iniciativa, além de portarias ministeriais que preveem a implantação de CAPS-AD, também foi aprovado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 131 de 2012, o incentivo e financiamento daquelas comunidades terapêuticas, instituições cujo atendimento compreende a internação e a abstinência total como recurso de tratamento (FOSSI; GUARESCHI, 2015). A medida foi vista com preocupação por pesquisadores historicamente vinculados à Reforma Psiquiátrica, atentos às circunstâncias higienistas que têm envolvido as ações estatais de enfrentamento da tragédia do crack, sobretudo (mas não exclusivamente) no conservador panorama das políticas paulistas de ordem urbana (PERRONE, 2014; SILVA, 2013; AMARANTE, 2011). Esse cenário, composto por práticas de internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, pelo pouco investimento nos dispositivos de cuidado territorial, além da “manicomialização” dos estabelecimentos já implantados em âmbito nacional, parece evidenciar que a hegemonia da ideologia da internação está longe de ser derrubada (SILVA; DIMENSTEIN, 2015).

Partilhando dessa preocupação, este trabalho tem o objetivo de estudar as internações nas chamadas comunidades terapêuticas e investigar essa tendência à luz da história das instituições asilares e manicomiais, com destaque as suas relações com as políticas de controle de população que

adotaram técnicas próprias de internação para promoverem a ordenação das concentrações urbanas.

Este artigo busca revisitar, em uma perspectiva genealógica foucaultiana (FOUCAULT, 1982), a constituição das práticas de sequestração e enclausuramento que se desenvolveram no panorama europeu nos séculos que assinalaram a transição entre formas tradicionais de vida da Idade Média e a organização que formataria o caráter disciplinar às sociedades capitalistas modernas. O resgate da história da internação, que o domínio europeu estendera a todo seu alcance, pretende observar a construção de uma tecnologia de controle e correção própria do enclausuramento para confrontá-la com a modalidade de internação oferecida pelas atuais comunidades terapêuticas.

Dessa forma, a reflexão que se apresenta organiza-se em três partes. A primeira, aborda a pré-história da medicina mental, com especial atenção ao surgimento do movimento higienista europeu e de suas práticas de sequestração e de encarceramento, época do movimento de grande enclausuramento de pobres (FOUCAULT, 1972), que originou saberes psiquiátricos e influenciou fundamentalmente nas origens das tecnologias disciplinares manicomial. A segunda parte procura explorar o nascimento do saber psiquiátrico alienista francês, que conduziu a formidável extensão das práticas psiquiátricas a amplos contingentes populacionais e expandiu as técnicas de tratamento moral e as práticas de encarceramento manicomial principalmente às populações pobres. A terceira parte aborda as novas configurações do manicomialismo brasileiro que, sob as justificativas higienistas de organização dos espaços públicos, irão resgatar práticas de sequestração por meio de internações involuntárias e compulsórias e se utilizarão das denominadas comunidades terapêuticas para supostamente tratar o problema das drogas.

A matriz da internação moderna: o grande enclausuramento de pobres

Internar pessoas como forma de controle social é algo que remonta ao ocaso da vassalagem, no final da Idade Média, quando se iniciam o cercamento das terras, a propriedade privada do solo e a extinção gradativa das terras comuns da qual vivia a população rural. Enormes contingentes populares não só são desalojados das terras que lhes provia o sustento, mas também são desabilitados de suas formas costumeiras de vida, que compreendiam a coleta, a caça e todas as atividades que da terra lhes dava o sustento. Expulsos das terras da qual viviam há séculos, estes contingentes passam a vagar por territórios que também estão em processo de privatização e, portanto, fazem com que sejam observados como uma ameaça. A lei, em suas primeiras formulações, estabeleceu punições muito fortes à mendicância e ao nomadismo, que compreendiam o açoitamento, a mutilação e o enforcamento (ROCHA, 2004).

As transformações que se iniciam em solo inglês atingem, com o tempo, a Europa continental e o aprisionamento de pobres passa a ser fundador do formato prisional para enfrentamento de problemas sociais, criando um modelo que vai se espalhar pelo mundo europeizado.

Os estabelecimentos de grande enclausuramento de pobres, denominados Hospitais Gerais na França, Workhouses paroquiais na Inglaterra, Rasphuis nos Países Baixos e Hospícios nas cidades italianas apresentavam como característica o aprisionamento e a correção por trabalhos forçados daqueles que apresentassem uma ameaça à ordem social. Considerava-se que a essência da desordem que afetava tanto homens quanto mulheres era a ociosidade e a forma precisa de remediar tal situação seria a prescrição do

trabalho compulsório. O trabalho forçado apresentava um sentido ético, moral, valia como punição e ascese, e tinha como finalidade evitar a preguiça que conduziria à mendicância e a todo tipo de vícios (FOUCAULT, 1972). Aqueles asilos de pobres destinados à velhos e doentes, inválidos e soldados desertores, crianças órfãs e abandonadas, homens e mulheres sem recursos e todo tipo considerado inconveniente, também teria espaço para o enclausuramento da loucura.

Diferentemente dos manicômios, que dessas prisões surgiram no final do século XVIII, as instituições de grande enclausuramento da era clássica não tinham nenhuma relação com a medicina. Eram estabelecimentos com uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade assistencial e administrativa situada entre a polícia e a justiça. Fundações da realeza ou da Igreja, as instituições de aprisionamento de pobres, ora eram administradas por pessoal leigo ora controladas por entidades religiosas, que deveriam seguir ordens de serviços de intendentes e chefes de polícia. A medicina se fazia presente naquelas casas de detenção muito esporadicamente, apenas quando necessária à intervenção para se evitar a proliferação de doenças contagiosas e das diversas epidemias (CASTEL, 1978).

O louco também era considerado apenas mais uma dentre tantas outras figuras indesejadas e visto mais como um pecador. Qualquer tentativa de separar os lunáticos do restante daquela população de desviantes, não tinha nenhum intuito de observar, classificar e tratar, eram apenas diferenciações relacionadas às preocupações com a gestão da ordem e da disciplina daqueles estabelecimentos (FOUCAULT, 2006).

O aprisionamento nas casas de detenção de pobres tinha significados morais, políticos, religiosos, econômicos. A sequestração daquelas pessoas que, à época configuravam uma ameaça, eram legitimados por ordem real ou judiciária, instâncias que compartilhavam a autoridade de determinar o enclausuramento daqueles miseráveis (FOUCAULT, 1972). As autoridades, por meio dos serviços de polícia, legitimavam qualquer caso de enclausuramento (CASTEL, 1978) que tinham como principal função a repressão de condutas consideradas imorais, inconvenientes ou indesejadas.

Somente a partir da segunda metade do século XVIII inicia-se o projeto de medicalização da loucura, marcado pela publicação de tratados de medicina que exploravam o problema e pelas manifestações de médicos que, indignados com a presença dos insanos misturados com outros desviantes da ordem, proporiam a reorganização do espaço do enclausuramento, dividindo-o em uma parte destinada aos loucos tratáveis e outra àqueles intratáveis (BIRMAN, 1978).

Robert Castel (1978) e Michel Foucault (1972) nos revelam que a apropriação da loucura pela psiquiatria levou a constituição de um domínio de saber extraído do comportamento de indivíduos insanos submetidos ao olhar daquele observador detentor da razão: o médico psiquiatra. A constituição de um saber clínico sobre a loucura irá instaurar o nascimento de uma medicina especial denominada de psiquiatria e que, apesar de ter o intuito de tratar e curar a loucura, não abandonou as técnicas de exclusão tão frequentes e nada terapêuticas que lhe eram precedentes (BIRMAN, 1978). Pelo contrário, as instituições manicomiais seriam a herança viva daqueles estabelecimentos de grande enclausuramento de pobres, cujas técnicas e procedimentos próprios do aprisionamento serão filtrados por uma racionalidade capaz de lhes dar o formato de um método de tratamento.

Apontamentos sobre internação manicomial: o alienismo e o tratamento moral

Em fins do século XVIII, o médico Philippe Pinel, fora designado para promover a reestruturação interna, o ordenamento das distintas categorias misturadas de uma daquelas instituições de internamento de pobres em Paris.

Interessante notar o saber-poder que o médico-psiquiatra alienista começa a exercer sobre às questões referentes à loucura. Um poder de certificar de forma arbitrária quem é ou não louco, de promover a legitimada sequestração e enclausuramento do insano em instituições manicomiais, de organizar o espaço institucional de forma disciplinada, de fabricar a doença mental através da classificação dos mais diferentes tipos de loucura e, finalmente, de prescrever o tratamento considerado adequado baseado, fundamentalmente, na submissão do paciente em relação ao médico. Os discursos de saber-poder difundidos pela psiquiatria nascente, tão característico de sociedades disciplinares, marcam as táticas dos saberes clínicos psiquiátricos que teriam como finalidade observar e analisar para, então, classificar e distribuir os corpos de acordo com as supostas características de cada indivíduo (FOUCAULT, 2006). Todos os mecanismos de ajustamento e disciplinamento utilizados nas instituições manicomiais visavam a produção de corpos essencialmente “produtivos e úteis”, mas principalmente sujeitos “submissos e dóceis” (FOUCAULT, 1986).

Dentre os diversos aspectos dos dispositivos de saber-poder da psiquiatria, destacam-se cinco elementos que serão analisados a seguir.

Em primeiro lugar, é necessário perceber que a internação se impõe aos alienistas como um formato herdado, com a força que o costume já secular de encarcerar a inconveniência derrama seu peso sobre aquela época. Como ensinou Marx (1971), o homem faz a história, porém nas condições que a história oferece. Assim, a reforma alienista “escolhe” a internação em grande parte sem sequer suspeitar que ela se impõe pelos imperceptíveis determinantes históricos que faziam do aprisionamento a forma própria de atuar no extremo da regulação social. Bem por isso, o que se verá será a elaboração centrada no próprio encerramento, considerado como forma essencial daquilo que começará a se chamar terapêutica alienista e será batizada por Pinel de tratamento moral. Com a alegação de que o isolamento seria a essência do tratamento da doença mental e, por isso, a sequestração a primeira condição para qualquer terapêutica da loucura, os alienistas consideravam que o sequestro não seria um ato arbitrário de uma autoridade usurpadora, mas que a internação seria um mal necessário requerido pela situação particular do alienado (CASTEL, 1978). Diferentemente daquilo que ocorria no Antigo Regime, quando o aprisionamento do louco era uma medida de polícia circunscrita ao âmbito jurídico e executivo, a sequestração seria, então, uma intervenção médica sob a justificativa da inevitável internação por conta da natureza de uma doença que demandava a internação, agora, como cuidado (PRADO, 2016).

Em segundo lugar, a medicina alienista estava autorizada a exercer o poder de identificar e determinar dentre as populações aqueles que, incapazes de se adequarem a uma norma pré-estabelecida (FOUCAULT, 2002), seriam considerados anormais, alienados, doentes mentais. Momento em que o poder médico estabelece o certificado que irá validar a condição de doente mental e decidirá de forma legitimada sobre a internação manicomial (FOUCAULT, 2006). É preciso, aqui, atentar para a presença de uma contradição que permeia aquela França que ao mesmo tempo em que herdava a uma imposição aprisionadora, aprendera a ver como detestável o arbítrio aprisionador que mantivera em cativeiro também os representantes da revolução anti-aristocrática. Adota-se a

internação como uma determinação histórica que ainda não pode ser enfrentada, mas procura-se avidamente um motivo aceitável para que ela não se pareça demais com aquela arbitrária predecessora. Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, elogia a importância dada às determinações médicas sobre a detenção de alienados: "Nenhum indivíduo afetado poderá ser isolado, enclausurado, sem um certificado da doença mental assinado por dois médicos que constatem a necessidade do isolamento" (ESQUIROL, 1858, p. 38). Estabelece-se, então, uma razão nova para a internação que já era de muito aquela velha forma de lidar com as dificuldades de ordem social.

Em terceiro lugar, aqueles estabelecimentos consagrados deviam ser administrados pela única autoridade a solucionar o problema infundável da loucura: o psiquiatra. No âmbito desse poder exercido pelo psiquiatra na instituição manicomial, destaca-se a organização minuciosa do espaço interno, onde os doentes deviam ser distribuídos de forma ordenada e regulada para serem submetidos às táticas disciplinares de vigilância constante e de controle permanente do tempo (FOUCAULT, 2006). Para os alienistas, o asilo deveria ser um espaço ordenado onde todas as normas, os poderes, as hierarquias seriam absolutamente fortes de forma a propagar a estrutura da moral social, das virtudes e dos valores da família e do trabalho com o intuito de anular a desordem que era própria da alienação mental. Conforme explicita Esquirol: "Uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de hábil médico ela é um agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais". (ESQUIROL, 1858, p. 398).

Em quarto lugar, com a vigilância constante e a ordenação do espaço nosocomial, era possível classificar os mais diferentes tipos de loucuras e criar nosografias de acordo com a descrição de sintomas. Conforme Pinel (2007), a classificação e especificação dos diferentes tipos de alienação proporcionava a determinação de um tratamento adequado e eficaz, diferente do que ocorrera na época em que não havia tais distinções sobre a loucura.

Em quinto lugar, o poder da internação psiquiátrica se exercia não somente na determinação de diagnósticos, mas, sobretudo, na prescrição de tratamentos essencialmente morais fundamentados na submissão do alienado à figura suprema do médico. Na realidade, apesar dos discursos sobre as nosografias, das investigações sobre causas físicas ou morais da alienação, o que importava para a internação alienista e consolidava toda sua prática eram os mecanismos terapêuticos (BIRMAN, 1978). O tratamento moral era fundamentado, primeiramente, pela exclusão do indivíduo, fator que por si só já teria efeito terapêutico. Segundo, a imposição de horários fixos, divertimentos regularizados, disciplinas gerais, trabalhos rotinizados eram as características desse tipo de tratamento imposto naqueles estabelecimentos. Terceiro, havia a aplicação de duchas frias ou quentes, o uso de cadeiras-fixas ou móveis, de camisas-de-força, de algemas, a aplicação de sedativos como ópio e morfina, de purgativos, de vomitórios ou de sangrias (FOUCAULT, 2006). E, finalmente, a submissão do doente ao poder superior que agora era encarnado pelo médico alienista, reputada como a principal característica para a eficácia do tratamento, pois seria somente com a introjeção do poder total e incontestável do médico que o louco poderia recuperar seu juízo perdido pelo desregulamento de suas paixões (CASTEL, 1978).

A partir da segunda metade do século XIX, com o engendramento da teoria da degenerescência moreliana, a característica de submissão ao poder médico não se restringirá apenas aos entre muros manicomiais e se expandirá por todos os lugares na tentativa de encontrar a alienação mental em todas as palavras, gestos e ações (FOUCAULT, 2006). A loucura, que antes se limitava a uma condição reconhecida por todos, com manifestações sintomáticas visíveis por qualquer pessoa, seria transformada em objeto

reconhecido apenas pelos olhos do especialista que doravante, supostamente, lhe enxergará as causas ocultas no corpo degenerado. Não seria mais necessário referir-se exclusivamente aos delírios e alucinações, que figuravam propriamente o âmago da significação da loucura. Com a nova teoria da degenerescência e sua profilaxia ativa, o higienismo vai perscrutar a vastidão dos aglomerados humanos, interrogando qualquer suspeita que possa estar fora da norma (CASTEL, 1978).

De fato, Benedict Augustin Morel, criador da teoria da degenerescência, considerava que a medicina mental não poderia mais se limitar a internação de casos isolados e assinalava a necessidade da expansão das intervenções psiquiátricas para todo âmbito social. O fatalismo organicista de seu modelo explicativo considerava a loucura um mal hereditário e incurável, fator que abarrotaria os internatos daquela insanidade vitalícia e progressiva que a nova concepção vaticinava. A promoção do saneamento das cidades seria acompanhada dos princípios do tratamento moral cunhados no internato, e agora alçado a uma biopolítica de população com o intuito de evitar a desordem nas concentrações de pobreza (FOUCAULT, 2002).

A ampliação das grandes estruturas asilares só encontraria obstáculos após a segunda metade do século XX, período pós-guerra, quando as primeiras experiências de reformas psiquiátricas promoveriam uma série de transformações inovadoras no que tange ao tratamento da loucura. Experiências de reformas que ora propunham a transformação das práticas psiquiátricas circunscritas ao âmbito nosocomial, ora contestavam a própria existência do saber-poder médico e do aparato manicomial. Movimentos reformistas antimanicomiais que chegariam ao Brasil em um período marcado por lutas políticas e reivindicações sociais, e fariam ruir uma série de grandes manicômios renunciando a construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Ressurgimentos obscurantistas: comunidades terapêuticas no atendimento às dependências químicas

O manicomialismo em solo brasileiro, que experimentara como na Europa uma marcante expansão desde a metade do século XIX, começa a sofrer tardiamente potentes críticas que surgem no calor dos movimentos sociais de fins do século XX. É o surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil que avança na luta contra o caráter manicomial e que conquistará novos dispositivos territoriais de atenção e cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. No avanço da luta pela substituição das internações por dispositivos de assistência sem sequestração é que irão aparecer e proliferar, paradoxalmente, as ofertas das chamadas comunidades terapêuticas que trabalham na lógica da segregação e têm principalmente a função de enclosurar o problema das drogadições (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

As atuais comunidades terapêuticas se propõem a tratar o problema das dependências químicas a partir de princípios e diretrizes de proprietários, em sua maioria, vinculados a grupos religiosos e que se pautam majoritariamente por discursos disciplinares de reeducação moral (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Em oposição aos ideais antimanicomiais, a principal estratégia das instituições atuais está relacionada à sequestração e segregação dos sujeitos por meio de práticas de internação, sejam elas voluntárias, involuntárias ou compulsórias.

Os princípios definidos como base para o tratamento naquelas instituições são: primeiro, o isolamento do dependente químico e total segregação de seu meio social e familiar; segundo, a abstinência completa pautada, principalmente, no modelo de tratamento dos Alcoólicos Anônimos (AA);

terceiro, a participação obrigatória em cultos e reuniões de caráter religioso; e quarto, a disciplinarização e moralização por meio do trabalho compulsório, denominado pelo eufemismo de “laborterapia” (RIBEIRO; MINAYO, 2015; FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Excluídos geograficamente e segregados de seu meio social e familiar, os internos são mantidos em condições de sequestro por períodos que podem durar de seis a doze meses, sob as alegações que a “cura” só pode ser conquistada por meio do isolamento dos perigos do meio social. Não sem motivos, inúmeras comunidades terapêuticas existentes na atualidade estão instaladas na zona rural e distantes das cidades, com justificativas que aludem essa velha forma campestre de locar a segregação como meio de retirar o sujeito do âmbito onde acontece o consumo de drogas (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Distantes das prerrogativas do Ministério da Saúde que prevê a Redução de Danos como principal diretriz para a atenção e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, nas comunidades terapêuticas, onde impera a lógica proibicionista sem qualquer distinção entre uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a principal perspectiva terapêutica será a completa abstinência (MEDEIROS, 2014). Ocorrências previsíveis, as crises de abstinência são tratadas de forma banalizada sob argumentações de que “são castigos divinos”. Porém, conforme apontamentos da comissão de inquérito do Conselho Federal de Psicologia, o descaso com as situações de crise “deixa os internos expostos ao risco de morte, por ser uma situação que exige, nos quadros mais graves, intervenção e cuidados rápidos” (CFP, 2011, p. 192).

Os princípios religiosos são defendidos pelos organizadores daquelas instituições como um recurso terapêutico importante para a “cura” dos internos, por isso os cultos, cursos e palestras são considerados obrigatórios a todos os usuários que, muitas vezes, são coagidos a participarem dessas atividades, ainda que suas crenças sejam outras. Conforme Passos e Souza (2011), a moral cristã associa o prazer ao mal, e naqueles casos, o prazer da carne está relacionado ao uso de substâncias psicoativas, objeto de intervenção do poder pastoral fundamentado em práticas confessionais que devem levar os sujeitos a se responsabilizarem individualmente e se culpabilizarem pelos seus atos considerados impuros. A moral religiosa imposta pelos administradores configura-se como uma doutrinação que ainda limita a constituição de outros recursos para além dos fatores religiosos e que poderiam promover a potencialização do cuidado e tratamento (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Além disso, fundamentados em preceitos religiosos, as práticas e intervenções institucionais são marcadas por preconceitos morais relacionados à orientação sexual, a exigência de abstinência sexual e a intimidações ditadas por crenças religiosas. O relatório publicado pelo Conselho Federal de Psicologia que analisou esses locais de internação observa que essas instituições são objeto de inúmeras ações de violação de direitos humanos e denuncia “o constrangimento a que são submetidos os homossexuais, travestis, lésbicas, entre outros, considerados, todos, como portadores de uma sexualidade desviante” (CFP, 2011, p. 191).

Nas comunidades terapêuticas, o trabalho é considerado um recurso terapêutico e, como tal, constitui-se numa determinação obrigatória aos internos, que por medida de tratamento devem obrigar-se a tarefas de manutenção da estrutura física institucional (lavar, passar, cozinhar) e a tarefas de manufatura e plantio, que cumprem objetivos de geração de renda para sustentar a própria instituição. Com argumentos de se evitar os malefícios da desocupação e da ociosidade, o trabalho é denominado de “laborterapia” e prescrito como suposto método de tratamento (MEDEIROS, 2014). No entanto, a obrigatoriedade e submissão dos residentes ao trabalho forçado caracterizam-se pelos preceitos de disciplinamento do

sujeito considerado desregrado, improdutivo e imoral com intuito de incutir-lhe a ordem e o ajustamento.

O cumprimento de regras, horários e a participação obrigatória em atividades programadas são exigências definidas pelos administradores daquelas fazendas terapêuticas, que argumentam sobre a necessária imposição de normas disciplinares e costumes considerados adequados sob as mesmas justificativas de introjeção da ordem que pontificava o tratamento moral alienista. Para conquistar tais preceitos, valem-se muitas vezes de formas de opressão, coerção e tortura cuja violência rivaliza com as piores medidas das antigas casas de correção. Conforme depoimentos colhidos pela comissão do Conselho Federal de Psicologia (2011), há relatos de internos que denunciam terem sido enterrados vivos até o pescoço, punidos a beberem água do vaso sanitário por desobediência, obrigados a alimentarem-se de refeições preparadas com alimentos estragados, entre tantas outras descrições de violência física e moral.

Em defesa daquelas instituições, argumenta-se que a realização do trabalho prescrito, a participação nos cultos religiosos e o cumprimento das regras são a essência para a “entrega verdadeira a Deus” e para a conquista da “cura” da doença (BRASIL, 2011, p. 64). Além disso, é comum que seus funcionários sejam padres, pastores, ex-internos e voluntários “vocacionados” que se dedicam, por vezes sem remuneração, ao ensinamento de regras (MEDEIROS, 2014). Algumas instituições contam com pessoal especializado, composto por médicos, assistentes sociais e psicólogos, o que daria a essas instituições um feitiço manicomial mais clássico. Porém, também é comum que esses profissionais professem princípios religiosos e moralistas que, contrariando orientações éticas elementares, discursam sobre a demonização da dependência química como “distanciamento de Deus” e sobre a necessidade da conversão religiosa para o “salvamento da alma” (FOSSI; GUARESCHI, 2015; RAUPP; SAPIRO, 2008).

Grupos religiosos e organizações psiquiátricas, dois grandes agrupamentos que costumam concordar na defesa da internação como principal dispositivo de tratamento da drogadição, disputam argumentos sobre a melhor condição para o internamento. Enquanto os grupos religiosos defendem que a melhor forma de internação seria aquela oferecida em suas clínicas religiosas, onde o tratamento é baseado nos discursos morais e cultos de fé mítica, as associações psiquiátricas argumentam sobre a falta da responsabilidade médica nessas instituições e denunciam o tratamento das comunidades terapêuticas como uma modalidade de prática ilegal de atividades precípua da medicina. Desaprovam os incentivos governamentais e recursos financeiros às comunidades terapêuticas e defendem a urgente criação de leitos psiquiátricos em hospitais administrados por médicos. Ao contrário de apresentarem preocupações em relação ao tratamento e cuidado daquela população, as associações psiquiátricas temem que o financiamento governamental de comunidades restrinja ainda mais os recursos destinados aos seus hospitais psiquiátricos.

As últimas décadas foram tomadas por debates acalorados na imprensa brasileira que explorou o tema das drogas, principalmente, a tragédia do crack e as investidas das ações policiais sobre as denominadas “cracolândias” nas grandes cidades do país. Aquelas ações semelhantes às estratégias biopolíticas de outros tempos (FOUCAULT, 2002), ao promoverem a higienização e saneamento nas concentrações de usuários de drogas nos espaços urbanos não dispensam as tecnologias de internação forçada e segregação. Pelo contrário, há um investimento na determinação judicial de internações e na implantação de mais leitos em comunidades terapêuticas com propostas de se evitar a desordem e excluir os considerados inconvenientes dos espaços públicos (GUARESCHI, LARA, ECKER, 2016). A gravidade das atrocidades e violações de direitos humanos no funcionamento daquelas instituições e que têm sido denunciadas também pela mídia

brasileira (PELEGRINI, 2015; PAGNAN, 2012), estão bastante distantes das preocupações de governos que apoiam a criação de sistemas de financiamento daquelas instituições.

Considerações finais

Com a implementação de recentes políticas públicas relacionadas ao problema das drogadições no Brasil, pautadas em concepções norteadas pelas propostas proibicionistas centradas no ideal internacional de “Guerra às Drogas”, o formato de intervenções ainda se restringe principalmente às sistemáticas punitivas. Daí o investimento e transferência de recursos públicos para instituições privadas, como àquelas comunidades terapêuticas que reproduzem o modelo manicomial em vez de se investir no fortalecimento de dispositivos da Rede Pública de Saúde, atentos as prerrogativas do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

No manicômio alienista, a submissão do paciente a um poder superior era o próprio centro do tratamento moral, e o alienista ocupava, em nome da racionalidade, esse papel de autoridade. Nas atuais comunidades terapêuticas a fórmula da submissão é a mesma, mas ainda não chegou sequer às luzes duvidosas do racionalismo: mais ao feitio medieval, a autoridade à qual o interno deve se submeter é a própria figura do deus da fé mítica de padres, pastores e voluntários “vocacionados”, ou de médicos e de psicólogos que se consideram os representantes desse poder absoluto no âmbito do internato e no da própria existência de seus internos.

As denominadas comunidades terapêuticas mais parecem recuperar, como um retorno do recalcado, velhos preceitos da história das práticas de internação pré-manicomiais combinadas com rudimentos do tratamento moral desenvolvido pelo antigo alienismo. A assunção das “comunidades terapêuticas”, largamente alavancada pelas internações involuntárias e compulsórias bem características das estratégias de controle biopolítico, também não está associada a qualquer perspectiva plausível de sucesso terapêutico, mas sim à demanda da população incomodada pela familiaridade dolorosa ou pela proximidade incomodativa da drogadição, como pondera Amarante (2011): “os modelos calcados na internação compulsória respondem ao imediatismo do desespero da sociedade, pois após a alta – nos informam especialistas no tema – mais de 90% retornam às drogas”. Em recente pesquisa realizada para avaliar as recaídas e reinternações de adolescentes usuários de crack, verificou-se que 86% daquela população foi submetida às reinternações compulsórias e involuntárias após 90 dias de alta hospitalar (PEDROSO, 2014). E não deixa de ser tragicamente curioso que, a despeito do escandaloso fracasso da internação como terapêutica, pesquisa publicada por um jornal de grande circulação nacional testemunha que cerca de 90% da população é favorável, no caso da drogadição, à internação compulsória (MARINHEIRO, 2012).

Além disso, o embate entre entidades religiosas e médicas sobre o tratamento das dependências químicas está muito mais relacionado a uma disputa por interesses corporativos do que a uma preocupação autêntica com o cuidado e assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Apesar das críticas recíprocas, ambas as posições concordam sobre o indispensável enclausuramento e controle daquela população, seja por considerá-la composta por “ovelhas desgarradas do rebanho do Senhor”, seja por etiquetá-la como portadores de um transtorno psiquiátrico. A despeito de ser travada na atualidade, essa disputa não é nova. De certa forma, trata-se de uma reedição da velha pendenga sobre a primazia da tutela do desvio entre o moralismo mítico-religioso e a normatividade médica. De ambos os lados, pouca atenção é destinada às questões do âmbito social, político,

econômico, cultural e existencial que perpassam a vida daqueles que protagonizam um drama resistente às interpretações e às práticas orientadas por maniqueísmos doutrinários ou normativos que continuam a exercitar as velhas lições das técnicas de internação herdadas do grande enclausuramento dos pobres e do manicomialismo fundamentado nas tecnologias disciplinares e de controle biopolítico.

Sobre o artigo

Recebido: 05/10/2016

Aceito: 30/10/2016

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. **Política anti-crack**. Epidemia do desespero ou do mercado anti-droga? 2011. Disponível em: <http://fopspr.wordpress.com/2011/12/28/politica-anti-crack-epidemia-do-desespero-ou-do-mercado-anti-droga/>. Acesso em: 10 Jun., 2012.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados** – 12, Ano 10, nº 12. Brasília, outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crack é possível vencer: enfrentar as drogas**. Brasília, 2012.

BRASIL. Senado Federal. Dependência Química. Crack assusta e revela um Brasil despreparado. Em discussão. **Revista de Audiências Públicas do Senado Federal**, 2011.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, 2011.

ESQUIROL, J. E. D. **Examen du projet de loi sur les aliénés**, 1858. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56190705/f39.image>. Acesso em: 25 de Mai., 2012.

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

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

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1986.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectivas, 1972, p.551.

- GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de Direitos Humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos Bancos de Dados Públicos. **Psicologia Política**, n.12, v.23, p. 105-120, 2012.
- GUARESCHI, N. M.; LARA, L.; ECKER, D. D. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estudos de Psicologia**, n. 21, v. 1, p. 25-35, 2016.
- LANCETTI, A. Redução de Danos e ampliação da vida. In: LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.77-87.
- MARINHEIRO, V. 90% apoiam internação involuntária de viciados. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 25 de janeiro, 2012.
- MARX, K. **El capital**: crítica de la economía política. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.
- MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e Soc**, v. 23, n.1, p. 105-117, 2014.
- MONCAU, G. **Nem comunidades, nem terapêuticas**, 2012. Disponível em: <http://www.diarioliberalidade.org/brasil/sa%C3%BAde/26023-nem-comunidades,-nem-terap%C3%AAuticas.html>. Acesso em: 10 de Jun., 2012.
- PAGNAN, R. Ação contra o crack quer dispersar moradores de rua. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 06 de maio, 2012.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “Guerra às Drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.1, p. 154-162, 2011.
- PEDROSO, R. S. **Trajetória do usuário de crack internado e seguimento de um coorte retrospectiva e prospectiva**, 2014, 97f. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, 2014.
- PELEGRINI, M. Governo fecha cerco aos manicômios para dependentes químicos. **Revista Carta Capital**, 2015. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/governo-fecha-cerco-aos-manicomios-para-dependentes-quimicos-3883.html>. Acesso em: 07 de dez., 2015.
- PERRONE, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.2, p.569-580, 2014.
- PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. (trad. J. Galli). Porto Alegre: Editora UFRGS, (Original publicado em 1809) 2007.
- PRADO, G. A. S. Revisitando a história da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, ECOS, v. 6, n. 2, p. 223-238, 2016.
- RAUPP, L. M.; SAPIRO, C. M. A “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o tratamento da drogadição em uma Instituição Religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.24, n.3, p. 361-368, 2008.
- RIBEIRO, B.; DANTAS, T. “Bolsa crack” de R\$ 1.350 vai pagar internação de viciados do Estado de SP. **Jornal Estadão**. São Paulo, 07 de maio, 2013.
- ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA, S. et al (Orgs.). **Estratégias de controle social**. São Paulo: Arte 7 Ciência, 2004, p. 43-67.
- ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32, n.1, p.82-97, 2012.

SILVA, C.C.R. A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. **Revista EPOS**, v. 4, n.1, p. 1-24, 2013.

SILVA, M.L.B.; DIMENSTEIN, M.D.B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.66, n.3, p.31-46, 2015.