

---

## PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CAMINHOS PARA A (RE) CONSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM ESTADO ECLESIAÍSTICO?<sup>1</sup>

### Resumo

Talvez seja possível afirmar que o ocidente, na virada do século XX para o XXI, no âmbito das substâncias psicotrópicas, foi marcado pela invenção do *crack*, droga de baixo custo e considerada causadora de rápida dependência. No Brasil o Plano de enfrentamento ao *crack e outras drogas* após sofrer diversas alterações, está sendo efetivamente implantado agora. Na atualidade, o uso do *crack*, ocorre praticamente em todo o território nacional. O Plano nacional de combate tem sido motivo de vários questionamentos e apresenta algumas incongruências. Entre elas cito as alternativas de tratamento completamente opostas e excludentes entre si: a proposta de redução de danos e o tratamento em Comunidades Terapêuticas (Cts). Em relação ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, em sua 3º edição, o ponto causador de maior discussão e desentendimento, no meio acadêmico e no senso comum, está ligado à detenção compulsória dos ditos usuários abusivos de *crack*, às alterações nas normas que regulamentam as Cts, aprovadas recentemente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e ao investimento financeiro nas CTs. No ensaio que segue, pretendo apresentar os princípios que embasam as CTs. Tendo Goffman (1922-1982) e Foucault (1926-1984) como suporte, procurarei demonstrar que elas são “instituições totais” de caráter religioso. Em seguida, pautada em autores, que de algum modo estão ligados a antropologia jurídica, como Ferreira (2010), Kant de Lima (1996), Oliveira (2010), Velho (1996), entre outros, tenho o intuito de apontar algumas razões possíveis que ajude a entender o porque do Brasil, apesar de se proclamar como uma República laica e igualitária, apresenta em sua política pública de atenção aos usuários de drogas, forte tendência religiosa e no seu cotidiano jurídico enorme desigualdades sociais.

---

<sup>1</sup> Resumo originalmente publicado nos anais do XIII Simpósio Nacional da Associação Brasileira de História das Religiões, 2012, São Luís-MA. Religião, Carisma e Poder: As Formas da Vida Religiosa no Brasil. São Luís-MA: EDUFMA, 2012. p. 149-149.

**Palavras chave:** Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas; Comunidade terapêutica; Instituição total; Poder disciplinar.

## **Introdução**

No Brasil as primeiras referências do uso do crack surgem no início dos anos 90, em São Paulo. Em 2010, o crack foi considerado um problema de saúde pública pelo Governo Federal e como tal merecedor de programa de saúde pública que visa o cuidado dos usuários abusivos de drogas, (além de medidas repressivas ao tráfico), que efetivamente está sendo implantado agora, após sofrer diversas alterações (Aguiar, 2011).

Na atualidade o uso do *crack*, de acordo com mapeamento realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (Estadão, 2012), ocorre praticamente em todo o território nacional. Atores de diversas instituições sociais se posicionam de modos diferentes sobre a questão. A mídia, diariamente, abarca o tema. As cidades de São Paulo/SP e do Rio de Janeiro/RJ são as que mais chamam atenção, dado a concentração de usuários nas ruas, praças e avenidas e as medidas repressivas e de cuidados que vem sendo adotadas (Agencia Brasil, 2012; Saporì,2010; Labate, 2008).

Assim o Plano Integrado de combate ao Crack e Outras Drogas tem sido motivo de vários questionamentos e apresenta algumas incongruências. Entre elas cito as alternativas de tratamento completamente opostas e excludentes entre si: a proposta de redução de danos e o tratamento oferecido pelas CTs. A *grosso modo*, a primeira adota um posicionamento mais horizontal em sua proposta de ação, não crendo em internações contra a vontade do usuário de substâncias psicoativas e nem na abstinência imediata de todas as drogas para a sua recuperação (Domanico, 2006). A segunda proposta defende a abstinência de todas as drogas e o afastamento do usuário de seu meio social, como a melhor forma de tratamento (De Leon, 2009; Laranjeira 2012).

Embora em suas normas as Cts não sejam adeptas da internação compulsória, esse ponto, previsto na terceira versão do o Plano Integrado de combate ao Crack e Outras Drogas, proposto Governo Federal, tem causado grande discussão e desentendimento no meio acadêmico e senso comum. Além disso, os investimentos

financeiros e alterações nas normas que regulamentam as CTs, aprovadas pela Agência Nacional de vigilância -ANVISA , (Brasil, 2011), que entre outras coisas, desobriga a presença de profissionais de saúde em suas instalações para seu funcionamento também é alvo de discordância. As notícias, posicionamentos de instituições civis e governamentais e de atores sociais, leigos ou especialistas são bastante controversas em relação a isso.

### **Breve percurso histórico das CTs**

Do ponto de vista da antropologia moderna, toda história é interpretação de segunda, terceira ou sabe-se lá de que mão (Clifford, 1998). Na história das CTs não é diferente. Autores e instituições interpretam de formas diversas as suas origens, funções, valores sociais e eficiência dos serviços propostos, construindo e desconstruindo culturas e ideologias.

No que diz respeito as CTs a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas –(FEBRACT), informa que a obra de Frederick B. Glaser “As origens da Comunidade Terapêutica sem drogas: uma história retrospectiva” aponta a mais remota referencia sobre a existência das Cts. Este autor teria localizado documentos que descrevem a existência de uma comunidade de essênios em Qumran, que reunia pessoas com “problemas da alma” como “temores, angustias, descontroles emocionais, paixões desvairadas”, há mais de dois mil anos (FEBRACT, s/n 2011b). María Elena Goti, autora referendada no campo de saber das CTs, ao citar a obra de Glaser descreve que ele,

Tambien cuenta que, em um Rollo del Mar Muerto, llamado La Regla de la Comunidad o El Manual de Disciplina se describe el problema por el cual La gente ingresaba em dicha comunidad y que, assombrosamente! Resulta casi una transcripción de lo que vemos hoy em dia como modo de vida ,cultura y sufrimento de los cientos de jovenes adictos que son asistidos actualmente em lãs comunidades (Goti,1990,p.19)

Mas apesar das aproximações entre as CTs de outrora e as atuais, Goti e Fracasso não as percebem como tal, uma vez que não estariam ligadas ao tratamento de dependentes de substâncias psicotrópico (Goti, 1990; Fracasso, 2011).

A CT com a função que apresenta hoje em dia – tratamento para dependentes de substancias psicoativas- teria surgido por iniciativa de Charles Dederik (1914-1997).

Esse personagem era um bem sucedido empresário, que após enfrentar por 20 anos problemas com alcoolismo, ficando desempregado e desestruturado familiarmente começou a frequentar os grupos de autoajuda Alcoólicos Anônimos (AA). Após um período de frequência nesses grupos ele resolveu fundar um em sua própria casa. Com o passar do tempo usuários de outras drogas aderiram a essa confraria e decidiram morar juntos, por motivos econômicos, para ficarem em abstinência de substâncias psicotrópicas, sem uso de medicamentos e também para buscar um estilo alternativo de vida. Assim em 1958 foi fundada, no estado da Califórnia – EUA, a primeira CT, denominada Synanon, inspirada em grande medida pelos princípios estabelecidos pelos grupos de autoajuda AAs (Goti, 2003; De Leon, 2009, Fracasso, 2011).

O AA por sua vez apresenta forte influência da “Associação Cristã do I Século”, fundada em 1860, como uma forma de crítica à Igreja da Inglaterra, tendo por objetivo “o renascimento espiritual da humanidade”, e a busca por um “um estilo de vida mais fiel aos ideais cristão”. Para tal se reuniam algumas vezes por semana “para ler e comentar a Bíblia e se comprometiam entre si a serem honestos”. Com o passar do tempo ao descobrirem que cerca de 25% das pessoas que participavam dos encontros eram alcoolistas em recuperação, esses atores passaram a se reunir com o propósito de partilhar empenho e esforços para permanecerem sóbrios. Em 1963 influenciada pelos princípios do AA e também pela proposta de Dederick, surge a *Daytop Village*, fundada, em Nova York, pelo Monsenhor Willian Òbrien e David Deitch. A partir de então as CTs rompem fronteiras, se proliferam e estão presentes basicamente em todos os continentes (Goti, 1990; De Leon, 2009; Fracasso, 2011)

Mas quem cunhou o termo e idealizou as primeiras CTs foi o psiquiatra Maxwell Jones (1907-1990). Este médico defendendo uma abordagem social da medicina, propôs uma reformulação do tratamento oferecido na época para os doentes mentais, em 1940 na Grã-Bretanha. Essa abordagem incluía uma relação mais horizontal entre todos os atores que estivessem presentes no local de tratamento. Propunha que o espaço de cura funcionasse como uma comunidade em que todos fossem partícipes e tivessem voz ativa. Tal proposta previa a inclusão de terapia em grupo, de laboterapia e apostava também na eficácia da espiritualidade como meio auxiliar do processo de cura. Um projeto direcionado inicialmente para tratamento de pacientes psiquiátricos crônicos e posteriormente adaptado ao tratamento de usuários de drogas (Jones, [1968], 1072).

---

Maxwell Jones muitas vezes passa despercebido na memória de quem conta a história das comunidades terapêuticas

A primeira geração de CTs aceita por consenso que a popularização do nome comunidade terapêutica ocorreu primeiramente na cidade de Nova York. Uma versão afirma que algumas pessoas [...] envolvidas no desenvolvimento de programas como os da Daytop e da Phoenix Hause conheciam o trabalho de Maxwell Jones e denominaram os novos programas *comunidade terapêutica* a parti do modelo de Jones (De Leon, p.28,2009).

No entanto a presença de Jones na trajetória de constituição das Cts ajuda a esclarecer a presença maciça do discurso médico nessas instituições e fortalece a possibilidade de ligá-las ao conceito de “instituição total”, como será visto mais adiante, entre tantas possibilidades de interpretação dos jogos de “poder-saber” que se configura hoje na luta pela legitimidade ou não destas instituições como forma de tratamento para usuários de substâncias psicoativas e em especial ao tratamento dos usuários de *crack*.

O fato é que a mistura do discurso médico e religioso atraiu muita gente, seja na busca de *salvação* ou com o intuito de *salvar*, essa mistura de saberes se estabeleceu e no momento presenciamos grande movimentação que visa a sua institucionalização legal. A World Federations of Therapeutic communities – WFTC- informa que tem associados na maioria dos continentes. Na América Latina, em mais de 50% dos países há CTs associadas a essa confederação. Não vou me aprofundar, pois não é este o propósito aqui, mas me parece muito curioso e merecedor de atenção, o fato de que de no continente africano não há registro de Ct, de acordo com a referida confederação (WFTC, s/n, 2011).

No Brasil os dados são bastante imprecisos. Registradas na SENAD, elas perfazem um total de pouco mais de 350 (Brasil/OBID, 2011). Mas de acordo com a ANVISA elas são mais numerosas,

Estima-se que existem no país mil instituições em regime de internação para o tratamento de dependentes químicos. A nova legislação foi elaborada após a constatação da existência de várias casas que oferecem assistência inadequada e funcionam sem as condições devidas para a recuperação do paciente (Brasil,2011).

### **Instituição total: algumas características**

Instituição total é uma categoria formulada por Erving Goffman (1922-1982) para definir instituições sociais diferenciadas pela exacerbação de seu fechamento ou ruptura com a vida cotidiana em relação ao restante da sociedade. Segundo o autor

Seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântano (Goffman, 2010, p.16).

Na sociedade contemporânea, as instituições totais podem ser agrupadas em cinco tipos: instituições para cuidar de pessoas tidas como inofensivas e incapazes de cuidarem de si mesmas (abrigo para indigentes, asilos, orfanatos, casa para deficientes visuais em regime de internamento etc); locais para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidarem de si mesmas e que representam “uma ameaça à comunidade”, embora seus atos ou modo de ser não sejam intencionais - hospitais psiquiátricos, leprosários, etc; locais em que são detidas pessoas consideradas perigosas para a sociedade, devido a seus atos intencionais - cadeias, penitenciárias; locais com finalidade de estudo ou trabalho, em sistema de confinamento - navios, quartéis, escolas em regime de internato, etc e por último, os espaços destinados à “refúgio do mundo” - conventos, mosteiros, etc.

Pensadas como “tipos ideais”, o autor aponta algumas peculiares típicas das instituições totais, embora esclareça que individualmente elas possam estar presentes em outras instituições. A principal característica dessas instituições é a ruptura com a vida diária da sociedade, todas as atividades da vida cotidiana das pessoas para quem estes espaços são direcionados acontecem ali mesmo (estudo, lazer, trabalho, etc), sob o auspício de uma autoridade e realizadas em grupos, relativamente numerosos. Todas as pessoas do grupo (internados) são tratadas de forma “igualitária” e obrigadas a fazerem as mesmas atividades, que são rigidamente programadas em termos de horário e sequência, de acordo com o objetivo de cada instituição. Além disso, o sistema de regras que rege as instituições totais é claramente explicitado pelo grupo de funcionários ou dirigentes (Goffman, 2010, p.16,17).

### **Brasil e tratamento para usuários de crack: discrepâncias e conflitos**

O governo brasileiro, no final de 2011, na terceira versão do “Plano de Enfrentamento ao Crack” (Brasil, 2011a), aponta dois sistemas de tratamento para usuários de crack: tratamento ambulatorial e a internação. O primeiro é destinado a

peessoas que conseguem diminuir o consumo de tal substancia ou ficar abstinente. “Quando não apresentam, portanto, risco à própria vida ou de outros e o objetivo do atendimento é o restabelecimento e reinserção social do usuário”. A internação é determinada por uma equipe médica, quando entende que o usuário de crack necessita de intervenção mais intensiva para deixar de consumi-lo. Ela pode ser de curta ou longa duração. No caso de curta duração, na rede pública de atendimento, ela é realizada em sistema emergencial, com curto prazo de tratamento, período denominado de desintoxicação.

Já nas internações de longa duração, como em CTs, o usuário de crack pode ser acolhido por um período que varia de 3 a 12 meses, com vistas ao afastamento do ambiente onde a droga era consumida e à transformação psicossocial em sua vida. A internação é indicada para pessoas que colocam a si mesma ou a outros em situação de risco, passam por problemas legais relacionados à dependência e não conseguem deixar de usar a droga mesmo após o processo de desintoxicação.

A maior parte das CTs brasileiras é administrada por associações religiosas. Boa parte delas também é coordenada por dependentes químicos em recuperação ou por familiares de ex-usuários de drogas.

O tratamento é baseado na convivência entre pares e no tripé terapêutico que envolve espiritualidade, trabalho e disciplina. Os pacientes têm horários determinados para acordar, comer, cuidar da higiene pessoal e participar de atividades em grupo, como orações e estudos religiosos. Nestes serviços o trabalho é parte fundamental do tratamento e também baseado em regras rígidas.

O princípio terapêutico mais comum nessas comunidades é a ajuda dos pares, muitas vezes com o suporte de profissionais da área médica, psicólogos e assistentes sociais. O trabalho multidisciplinar trata o transtorno de forma individual e tem como objetivo motivar o usuário a abandonar o antigo estilo de vida, a aprender novos hábitos e a construir a sua identidade pessoal. (Brasil, 2011a).

Ora, se essa longa citação relata que o tratamento em CT dura de 03 a 12 meses, é indicado para pessoas que colocam a si ou aos outros em perigo, visa o afastamento dos usuários de droga do seu ambiente social, na maioria das vezes é coordenado por religiosos, tem como alicerce terapêutico a disciplina, o trabalho e espiritualidade e apresenta uma agenda com horários específicos para todas as atividades dos internados, não há como negar que as CTs sejam “instituições totais” e que teve como inspiração, (e dele conserva características), os espaços destinados ao “refúgio do mundo”, que como foi visto acima, são recintos predominantemente

ligados a religião. Além disso, o tipo de tratamento oferecidos na modalidade CT, facilmente pode ser associado as “técnicas de poder disciplinar”, aspecto central do pensamento de Michel Foucault (Foucault, 2007, 2005).

Talvez seja por estas razões que os Conselhos de Psicologia do Brasil (entre outros atores ou conjuntos de atores sociais), levando em conta que o Brasil é um estado laico e democrático, consideram que não se deveria,

[...] a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos, mesmo quando estes fizerem uso problemático de álcool ou outras drogas. Da mesma forma, compete ao Estado respeitar e promover a cidadania destes usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e restrição da liberdade como método de tratamento (Conselho Regional de Psicologia, 2012).

Encerrando a exemplificação de contradições e conflitos sobre a questão do tratamento de usuários de *crack*, saliento, brevemente, algumas das tensões e conflitos, entre a proposta de tratamento oferecido pelas Comunidades Terapêuticas e a proposta de tratamento de Redução de Danos.

A Federação Brasileira Amor-Exigente - FEBRAE, uma entidade nacional de prevenção e ajuda mútua direcionada a famílias de dependentes químicos, associada à FEBRACT, se posiciona da seguinte forma em relação à proposta de tratamento denominada Redução de Danos, que esta prevista no Plano Nacional de Combate ao Crack:

O Amor-exigente se recusa a aceitar que uma parcela minoritária da população se aproprie indevidamente do termo “redução de danos”, principalmente quando o uso deste termo leve a promoção de vícios. Esta minoria, formada por pessoas permissivas, busca diminuir as resistências ao avanço das drogas e a promover um falso conceito de liberdade que leva a dolorosos problemas sociais, a problemas de saúde física e mental e que culmina no incremento da criminalidade (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, 2012).

No entanto o governo brasileiro, quando discorre sobre as várias possibilidades de tratamento para usuários de *crack*, informa que:

[...] as práticas de Redução de Danos são baseadas em princípios de pragmatismo e compreensão da diversidade. As ações são pragmáticas porque tratam como imprescindível a oferta de atendimento para todas as pessoas nos serviços de saúde, inclusive para aqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso do crack. O esforço é pela preservação da vida. Do mesmo modo, as estratégias de redução de danos se caracterizam pela tolerância, pois evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso do crack e às práticas sexuais, assim como intervenções autoritárias e preconceituosas (Brasil, 2011b).

Diante do acima exposto, como entender as contradições internas do governo brasileiro que ao mesmo tempo em que se caracteriza por ser um estado laico, em suas políticas públicas busca apoio e investe em instituições religiosas para resolver questões sociais, no caso aqui discutido, o tratamento de usuários de crack e outras drogas?

### **Como pensar a diferença?**

Por um lado, pode-se pensar que isso ocorre porque, por mais que oficialmente o Brasil seja declarado como uma República igualitária e laica, constituindo-se, portanto, como uma sociedade em que os direitos seriam os mesmos para todos seus cidadãos e seu governo agiria independentemente de forças políticas religiosas, essa não é e nunca foi a realidade de fato, da sociedade brasileira contemporânea. O que vivemos hoje carrega bastantes resquícios do Brasil colônia, marcadamente hierárquico e religioso e isso se deve ao fato de que a tradição Jurídica Ocidental, mesmo sendo nacionalista baseia-se na crença da

[...] existência de normas além daquelas emanadas da mais altas autoridades políticas, já chamado de Direito Divino, Direito Natural e recentemente de direitos humanos; e também com o fato de que essa crença sempre dependeu da vitalidade dos diversos sistemas jurídicos das comunidades nacionais (cidades, regiões, sindicatos), assim como comunidades que ultrapassam as fronteiras nacionais (associações internacionais mercantis e bancárias, agências internacionais, igrejas (Bergan,2004,p.59).

Por outro, as reflexões de Kant de Lima sobre a categoria “cultura”, no contexto brasileiro, pode suscitar outra pista. O autor considera que quando esta categoria é associada à categoria popular, em vez de induzir um efeito de identificação nacional “produz uma sensação de estranhamento” a cultura popular é “a dos outros,

daqueles elementos comuns do povo, que não só são substancialmente diferentes de mim”, mas também se localizam em posicionamentos geográficos diferenciados, como favelas e morros. Em nossa sociedade, de acordo com o autor a “universalização do acesso aos bens culturais só faz desvalorizá-los”, e tanto melhor e valioso eles serão, quanto mais raros e particulares (Kant de Lima, p.143,1996). Deste modo, levando em conta que as substâncias psicotrópicas são bens culturais, talvez o mesmo raciocínio possa ser aplicado a emergência do *crack* e nesse caso questiono: será que se o *crack* fosse não fosse um “bem cultural popular” ele seria tão “demonizado” (Sapori, 2010) como esta sendo? Será que o *crack* não é alvo de atenção só porque a população de baixa renda, a classe popular, tem acesso a ele e seu efeito nocivo ou a ele associado, está tornando visível essa parte da população?

Mas é possível imaginar uma terceira possibilidade para a compreensão das discrepâncias e conflitos entre as instituições da sociedade brasileira. Gilberto Velho (1945-2012) esclarece que todas as sociedades conhecidas são heterogêneas e sempre apresentam possibilidades de conflitos. Isto porque elas são compostas por sujeitos e instituições com desejos e vontades diferentes que proporcionam distintos modelos de construção da realidade, sendo isso o que viabiliza a vida social. A diferença, seja entre indivíduos ou em grupos, produz conjunto de relações que podem ser caracterizadas como antagonistas, unificadas, competitivas ou concorrentes (Velho, 1996). Pode-se pensar, por exemplo, de que a sugestão de tratamento para usuários de crack e outras drogas baseado na noção Redução de Dano e a proposta das CTs, são antagônicas e concorrentes. No caso das CTs, pode-se observar concorrência entre elas, umas são católicas outras as protestantes e há as laicas e disputam entre si a eficácia de suas propostas, fato que lembra as noções de “lutas de campo” e “intra campo”, sustentadas por Pierre Bourdieu (1930-2002), quando discorre sobre a instituição e manutenção de campos de saber e poder (Bourdieu, 2006).

Gilberto Velho aponta que as tensões produzidas entre as diferentes unidades sociais, (individuais ou coletivas), geram diferentes formas de dominação e “produzem valores sociais em torno dos quais a negociação é permanente, mesmo quando eles aparecem representados como imutáveis e naturalizados” (Velho, 1996, p.08). Desta forma, pensar em sociedades homogênea, composta por atores lineares é algo ilusório. As sociedades são combinações heterogêneas e sempre apresentam possibilidades de conflitos “As relações que descrevemos e analisamos em uma determinada conjuntura são, certamente, resultado de uma história de desencontros, acertos, impasses, conflitos,

em suma, de integração e negociação” (Velho, 1996, p.11). Diferenças que como foi visto com Velho, geram conflitos e tensões formando, nesse caso, relações antagônicas e concorrentes entre si, como foi visto acima.

### **A medicina social e a internação compulsória ao longo da história**

A prática de internação compulsória na história da humanidade ocorria desde meados do século XVII e era direcionada aos chamados loucos e malfeitores, e não necessariamente aos pobres. Tal prática, direcionada a população de baixo poder aquisitivo teria surgido com o nascimento da medicina social. No ocidente tal sistema médico foi originado a partir de dois grandes modelos: o suscitado pela lepra e o originado pela peste. O modelo produzido pela lepra era o da exclusão: “o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano”. Mediar alguém era excluí-lo e os principais atores de cura eram de ordem religiosa. O esquema político-médico suscitado pela peste não exclui, não expulsa para regiões longínquas os indivíduos. Visava distribuir os indivíduos lado a lado, individualizá-los, vigiá-los, verificar o estado de saúde de cada um e “fixar assim a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos” (Foucault, 2007, p.87-89).

A epidemia de cólera, em 1832, que teve início na França e se espalha pela Europa, ocasionando insegurança política e sanitária, também é apontada por Foucault como parte constituinte do pobre como problema social. É nesse momento, segundo suas interpretações, que passa haver segregação social do espaço urbano. A cidade foi dividida, habitar espaços comuns passou a ser considerado “um perigo sanitário e político para a cidade”, o que motivou a organização de bairros e casas por segmento social e o surgimento da medicina urbana, baseada em preceitos higienistas.

A medicina, resultante da mistura destes dois modelos, torna-se social, “positivisa-se”, ou materializa-se discursivamente, de acordo com Foucault, com a Lei dos Pobres, promulgada na Inglaterra. Uma legislação de controle médico dos pobres, trazendo consigo a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazerem suas necessidades de saúde, uma vez que sua pobreza não permite que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguravam a saúde das classes pobres, por conseguinte, a proteção, o resguardo dos ricos de doenças

que acometiam os pobres. Essa lei implica na assistência/proteção/controlar, isso por volta de 1840. Em 1870, a França complementou a lei dos Pobres com o serviço de Saúde Pública e com a institucionalização dos agentes de saúde. Nesse período os agentes já eram mais de mil e tinham por objetivo o “controle e poder sobre a vacinação; a organização de registros epidêmicos das doenças, tornando a declaração das doenças perigosas, localizando locais insalubres e dependendo da situação destruir tais focos de insalubridade” (Foucault, 2007, p. 96).

Parece-me que o plano de enfrentamento ao *crack*, idealizado pelo governo brasileiro em pleno século XXI muito se assemelha a política impetrada no início do século XIX na Europa. O referido plano como vimos prevê internação compulsória para os usuários de tal substância; investimento em comunidades terapêuticas, que quase em sua totalidade, no Brasil, mantem vínculo com alguma religião e que tem como padrão de tratamento o afastamento do indivíduo de seu meio social e aposta enormemente na cura através da espiritualidade. Além disso, com as alterações das normas que normatizam o funcionamento das Cts, tais instituições ficam desobrigadas de manter em seus quadros de funcionários pessoas ligadas a saúde e desta forma é possível aventar que as práticas de cura voltam, oficialmente, para as mãos de autoridades eclesiásticas

Por outro lado o governo brasileiro, em suas várias instancias, vem realizando inúmeros mapeamentos com o intuito de localizar e destruir as chamadas *cracolândias*, locais insalubres- e realizar registros epidemiológicos para determinar o uso de substâncias psicotrópicas, no caso em questão, o uso do *crack* como doença perigosa. Diversos atores sociais (agentes de saúde, agentes policiais, religiosos) estão autorizados a ter quase que um poder total sobre pessoas usuárias de crack, que em grande medida são vistas como:

uma pessoa suja, pobre, marginal e noiada (referência à paranóia, quadro psíquico classificado pela psiquiatria)” Além disso “alguns consideram que para a sociedade se ver livre dos problemas trazidos pelo uso do crack – cracolândias, violências nas ruas, mortes de jovens – o melhor seria trancafiar nas prisões o usuários dessa substância (Fantauzzi e Araújo, 2010, p.81-82).

### **(In) Conclusão**

De um modo em geral, o cenário que se estabelece no início do século XXI, provocado pela a expansão do uso do *crack* é um quadro confuso, nebuloso. Uns

imaginam uma sociedade ideal, sem conflitos e drogas, os atores sociais mais ligados a crença no divino e os de perfil positivistas- defensores das Cts. Outros lidam com esta realidade de maneira mais relativista, sabem que em todas as sociedades humanas há conflitos e desvio das normas, e que substancias psicotrópicas desde muito acompanham o ser humano, não acreditam no isolamento ou força como forma de cura - pessoas mais progressivas. Uma coisa é certa: diversas propostas estão sendo postas em cena, nenhuma atenderá a expectativa de todos os atores sociais e cada uma delas é embasada por valores morais diferentes. E a cura para a problemática do uso abusivo de crack? Bem, ainda não há.

### **Referencias Bibliográficas**

AGUIAR, Andrea Lúcia Vasconcellos de; BENTES, Isabela. Plano de enfrentamento ao crack:plano (para) nóia? . Anais do III Seminário Internacional violência e conflitos sociais, Fortaleza: Ufc, 2011, p. 23 – 235.

ESTADÃO.com.br. Cenários do crack: Mapeamento feito pela Secretaria Nacional Antidrogas em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) traçou cenário das cracolândias nas capitais brasileiras. Estadão.Com.Br,São Paulo, 13 jan,2012. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/especiais/cenarios-do-crack,157744.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

AGÊNCIA BRASIL (Brasil). Ação na cracolândia desarticulou trabalho de saúde, diz ONG. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5570028-EI5030,00-Acao+na+cracolandia+desarticulou+trabalho+de+saude+diz+ONG.html>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

BERMAN, Harold. Direito e Revolução. “Introdução”. A formação da Tradição Jurídica Ocidental. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2004.

BOURDIEU, Pierre. O Poder Simbólico. São Paulo: Bertran Brasil,2006.

BRASIL(a).Crack ,é possível vencer. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/cuidado/tratamento>>. Acesso em: 24 jun, 2011.

BRASIL(b).Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 04 maio 2010.

BRASIL(c). Anvisa. Ministério da Saúde. **Casas para dependentes químicos terão legislação própria.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/080601.htm>>. Acesso em: 07 abr. 2011.

CLIFFORD, James. A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1998.

Conselho Regional de Psicologia. Disponível em: <[http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticiaDocumentos/13\\_razoes\\_-\\_FINAL.pdf](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticiaDocumentos/13_razoes_-_FINAL.pdf)> Acesso: 20.08.2011

DE LEON, G.A. Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2009.

DOMANICO, Andrea. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo do noias: estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-pilotos do Brasil. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) UFBA., Salvador 2006.

ESTADÃO.COM.BR (São Paulo) (Comp.). Cenários do crack: Mapeamento feito pela Secretaria Nacional Antidrogas em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) traçou cenário das cracolândias nas capitais brasileiras. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/especiais/cenarios-do-crack,157744.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS(a). Amor-Exigente e a "Redução de Danos. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/ae.htm>>. Acesso em: 24 jan. 2011b

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (b). Federação brasileira de comunidades terapêuticas. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/>>. Acesso em: 24 jan. 2011a.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. 2 reimp. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 23 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRACASSO, Laura. Movimento-das-comunidades-terapeuticas-e-o-resgate-da-auto-estima. Disponível em: <<http://pesquisacompartilhada.arteblog.com.br/487851/>>. Acesso em: 24/10/2011.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. [1961].

GOTI, Elena. La Comunidad Terapéutica. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.

JONES, Maxwell. A Comunidade Terapêutica. Petrópolis: Vozes, 1972.

KANT DE LIMA, Roberto. A administração dos conflitos no Brasil: a lógica da punição”. In: VELHO, Gilberto e ALVITO, Marcos. Cidadania e violência. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1996.

LABATE et al. Drogas e Culturas: novas perspectivas. (orgs). Salvador: EDFBA, 2008.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SAPORI, Luis Flavi; Medeiros, Regina. Crack: um desafio social. Belo Horizonte: PUC/ Minas Gerais, 2010.

VELHO, Gilberto. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica”. In: VELHO, Gilberto e ALVITO, Marcos. Cidadania e violência. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1996.

WORD FEDERATION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES. **Word Federation of Therapeutic Communities**. Disponível em: <<http://www.wftc.org/>>. Acesso em: 08/06/2011.